

PREVENIR LA DEPRESIÓN EN LA VEJEZ

Autora: Amaia Seguro la Baranda

Directora: Victoria Esther Beaumont Guembe

4º Curso. Grado de Enfermería. UPNA

Convocatoria: Mayo de 2019

RESUMEN

La depresión en la vejez supone un problema sociosanitario de gran trascendencia debido a su alta prevalencia y a las graves consecuencias que provoca en el anciano y su entorno. En esta etapa existe cierta dificultad para diagnosticar esta enfermedad debido a la presencia de múltiples enfermedades crónicas, sintomatología atípica y la tendencia a vincular los síntomas al proceso de envejecimiento. Existen diversos factores que predisponen al anciano a desarrollar esta enfermedad, entre los cuales algunos son modificables. Por ello, este proyecto de educación sanitaria tiene como objetivo capacitar al anciano con factores de riesgo para evitar la aparición de la depresión, centrándose en la adquisición de hábitos saludables y estrategias de afrontamiento activas, las cuales han resultado ser factores protectores de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: “depresión”, “anciano”, “prevención”

NÚMERO DE PALABRAS: 11750 palabras.

ABSTRACT

Depression in the elderly supposes a great problem of public health due to the huge prevalence and the serious consequences that entails for the patient and environment. In this stage there are some difficulties to diagnose this illness properly because of the comorbidity, the atypical symptoms and the tendency to link them with the process of aging. In the old age converge multiple risk factors that predispose the person to suffer of depression, being some of them modifiable. Thus, this educational project aims to qualify old people at risk to avoid the onset of depressive disorders, through a healthy lifestyle and active coping strategies, which are protective factors of this illness.

KEY WORDS: “depression”, “elderly”, “prevention”

NUMBER OF WORDS: 11750 words.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| 1. Introducción/Justificación del proyecto..... | 4 |
| 2. Bases teóricas sobre la depresión en la vejez..... | 7 |
| 3. Objetivos..... | 16 |
| 4. Metodología..... | 17 |
| 5. Resultados..... | 22 |
| 6. Discusión..... | 27 |
| 7. Conclusiones..... | 29 |
| 8. Propuesta de intervención: Programa de prevención de la depresión | |
| 8.1. Introducción..... | 30 |
| 8.2. Objetivos..... | 33 |
| 8.3. Materiales y métodos..... | 34 |
| 8.3.1. Grupo diana..... | 36 |
| 8.3.2. Contenidos..... | 37 |
| 8.3.3. Desarrollo de las sesiones..... | 38 |
| 8.3.4. Evaluación..... | 52 |
| 8.3.5. Consideraciones éticas..... | 59 |
| 8.4. Fortalezas y debilidades..... | 60 |
| 9. Agradecimientos..... | 61 |
| 10. Bibliografía..... | 62 |
| 11. Anexos..... | 67 |

1. INTRODUCCIÓN /JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

El envejecimiento poblacional es un hecho. En la actualidad, debido al aumento significativo de la esperanza de vida y el descenso de la natalidad, el número de ancianos ha crecido notablemente. Según la OMS, para el año 2050 el número de personas mayores de 60 años a nivel mundial será prácticamente el doble respecto a 2015, pasando del 11% al 22% y llegando a los 2000 millones (1).

El proceso de envejecer se caracteriza por el deterioro molecular y celular a lo largo de los años, que conlleva un empeoramiento progresivo de las funciones físicas y mentales, así como un aumento de la morbilidad, terminando con la muerte (1). Además de las modificaciones orgánicas, el anciano se enfrenta a ciertas situaciones estresantes que pueden complicar esta etapa de adaptación, tales como la jubilación, la muerte de familiares y amigos, el aislamiento o la institucionalización (2).

Entre las afecciones más frecuentes e incapacitantes en el anciano, se encuentra la depresión. Este trastorno afectivo es distinto de los sentimientos de tristeza pasajeros que aparecen ante los problemas cotidianos de la vida. Sin embargo, cuando el estado de ánimo bajo se alarga en el tiempo y cobra una intensidad de moderada a grave podría llegarse al diagnóstico depresivo (3).

A nivel mundial, la depresión y la demencia destacan sobre los demás trastornos mentales en los ancianos. Concretamente la prevalencia de la depresión en la población geriátrica a nivel mundial es del 7% y supone el 5,7% de los años vividos con discapacidad en este grupo de edad (4). En España, según la Encuesta Nacional de Salud, en el año 2017 el 7,17% de la población mayor de 65 años fue diagnosticada de depresión mayor (5). Además, la Encuesta Europea de Salud 2014 reflejó que a medida que aumentaba la edad crecía el número de personas con depresión en todos los grados de severidad, tal y como queda plasmado en la tabla 1. En la franja de edad de 75-84 años, el 25,71% manifestó síntomas depresivos, superando el 34,7% en la población mayor de 85 años. En cuanto a la distribución por sexos, en todos los grados de severidad se observó que la prevalencia fue el doble en las mujeres que en los hombres (6) (7).

| | Ninguna | Leve | Moderada | Moderadamente grave | Grave |
|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|---------------------|-------------------|
| Ambos sexos | | | | | |
| TOTAL | 84,39 ¹ | 9,71 ¹ | 3,03 ¹ | 1,81 ¹ | 1,06 ¹ |
| De 65 a 74 años | 81,89 ¹ | 11,30 ¹ | 3,43 ¹ | 2,12 ¹ | 1,25 ¹ |
| De 75 a 84 años | 74,30 ¹ | 14,65 ¹ | 5,07 ¹ | 3,91 ¹ | 2,08 ¹ |
| De 85 y más años | 65,29 ¹ | 15,71 ¹ | 6,93 ¹ | 7,23 ¹ | 4,84 ¹ |
| Hombres | | | | | |
| TOTAL | 89,37 ¹ | 6,64 ¹ | 2,07 ¹ | 1,21 ¹ | 0,71 ¹ |
| De 65 a 74 años | 90,38 ¹ | 6,26 ¹ | 1,46 ¹ | 1,41 ¹ | 0,48 ¹ |
| De 75 a 84 años | 83,19 ¹ | 9,43 ¹ | 2,89 ¹ | 2,13 ¹ | 2,37 ¹ |
| De 85 y más años | 75,18 ¹ | 12,69 ¹ | 5,69 ¹ | 3,92 ¹ | 2,53 ¹ |
| Mujeres | | | | | |
| TOTAL | 79,63 ¹ | 12,63 ¹ | 3,95 ¹ | 2,38 ¹ | 1,40 ¹ |
| De 65 a 74 años | 74,39 ¹ | 15,76 ¹ | 5,18 ¹ | 2,75 ¹ | 1,92 ¹ |
| De 75 a 84 años | 67,96 ¹ | 18,37 ¹ | 6,62 ¹ | 5,19 ¹ | 1,87 ¹ |
| De 85 y más años | 59,86 ¹ | 17,37 ¹ | 7,61 ¹ | 9,05 ¹ | 6,11 ¹ |

TABLA 1. Porcentaje de personas en España según el grado de severidad de la depresión¹ (6)

Respecto a Navarra, en el año 2017, dentro el Programa de Psicogeriatría, el 43,9% de los pacientes presentaron un diagnóstico de Trastorno Afectivo, por delante de los trastornos neuróticos (23,3%) y los trastornos mentales orgánicos (14,5%) (8).

Estos datos reflejan la ingente cantidad de ancianos que sufren depresión. No obstante, también se han de tener en cuenta las consecuencias que conlleva la enfermedad en la persona y su entorno, con una significativa reducción de la calidad de vida debido a las altas tasas de discapacidad que causa en el anciano y a los problemas familiares (9).

Numerosos estudios asocian la depresión a un aumento de morbilidad y mortalidad, así como a un empeoramiento de las patologías concomitantes. Existe evidencia de que padecer esta enfermedad predispone a la persona a sufrir un accidente cerebrovascular o un infarto agudo de miocardio, además de incrementar las tasas de mortalidad en pacientes con enfermedad coronaria o cáncer. De igual manera, influye significativamente en el desarrollo de demencia vascular o Alzheimer (10). Además, hay un amplio consenso sobre su relación con el suicidio en los ancianos, quienes presentan el mayor índice de suicidios consumados (10). Según el INE², en

¹ Fuente: INE (Instituto Nacional de Estadística). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Severidad de la sintomatología depresiva según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años. Encuesta Europea de Salud 2014.

² Instituto Nacional de Estadística (INE).

comparación a las personas menores de 45 años, las tasas de suicidios son el doble en los mayores de 65 años (11).

Por otro lado, supone un elevado coste económico y altos niveles de utilización de recursos sanitarios. Comparado con los ancianos sin depresión, aquellos que presentaron esta enfermedad acudieron al médico el doble de veces, estuvieron hospitalizados casi el doble de tiempo que lo esperado y su probabilidad de ser polimedcados (con cinco o más fármacos) fue también el doble (10).

Para finalizar, en la vejez resulta complicado realizar un adecuado diagnóstico de esta enfermedad, debido a que los ancianos presentan unas particularidades clínicas que hay que tener en cuenta. La presencia de múltiples enfermedades crónicas, la distorsión de ciertos síntomas o asociarlos al propio envejecimiento podrían derivar en un infradiagnóstico de esta enfermedad (12).

Durante los períodos de prácticas y a lo largo de mi vida he mantenido un trato estrecho y cercano con las personas mayores. Su amplia experiencia vital y sabiduría han contribuido a enriquecer mi formación como enfermera y especialmente como persona. Debido a mi preferencia por el ámbito de la salud mental, me planteé realizar un proyecto que contemplara ambas facetas.

Dado que se trata de un trastorno frecuente con un grave impacto en un grupo de edad cada vez más numeroso, resulta esencial que los profesionales sanitarios nos impliquemos en la prevención de esta enfermedad, desarrollando estrategias que promuevan un envejecimiento saludable y activo, tal y como indica la OMS³ (4). Por ello, el objetivo de este trabajo es otorgar a la población en riesgo de padecer esta enfermedad una serie de conocimientos, actitudes y habilidades que promuevan el bienestar físico y emocional.

³ Organización Mundial de la Salud (OMS).

2. BASES TEÓRICAS ACERCA DE LA DEPRESIÓN EN LA VEJEZ

2.1. CONCEPTO DE LA DEPRESIÓN

La depresión es un trastorno afectivo que se caracteriza por una serie de síntomas persistentes y recurrentes entre los que se encuentran: “estado de ánimo deprimido, disminución de la alegría, apatía y pérdida del interés en actividades cotidianas, ideas de invalidez y desesperanza, insomnio, anorexia e ideación suicida” (2).

Sin embargo, los ancianos que sufren depresión presentan unas particularidades que difieren del resto de la población y que pueden complicar la identificación de esta patología o confundirla con otras enfermedades.

2.2. ETIOLOGÍA

Existe evidencia de que en el desarrollo de la depresión en el anciano contribuyen múltiples factores: biológicos, psicológicos, somáticos y sociales (ANEXO 1).

2.2.1. Factores de riesgo biológicos

- Sexo: Las tasas de depresión en las mujeres son el doble que en los hombres, ya que suelen presentar una situación económica más precaria, mayor aislamiento social, elevada presencia de comorbilidad y mayores tasas de discapacidad (10).
- Modificaciones a nivel cerebral: Se ha comprobado que una menor actividad de los neurotransmisores como la serotonina, dopamina y noradrenalina y algunas hormonas (como la testosterona) pueden acelerar la aparición de sintomatología depresiva. Además, los cambios estructurales en los circuitos frontosubcorticales, en la amígdala y el hipocampo, así como la disminución del riego sanguíneo en el cerebro también influyen (11).
- Factores genéticos: Los antecedentes familiares de depresión predisponen al individuo a sufrir esta enfermedad, triplicando el riesgo (2).

2.2.2. Factores de riesgo psicológicos (11)

La manera en el que la persona piensa, así como su forma de ser adquieren un gran peso en el proceso de adaptación al envejecimiento y repercuten en el desarrollo de trastornos afectivos.

- Patrones de pensamiento: Las formas erróneas de procesar la información (distorsiones cognitivas), la presencia de pensamientos rumitativos y catastróficos, acompañados de sentimientos de inutilidad y desesperación aumentan el riesgo de sufrir esta enfermedad.
- Rasgos de personalidad: las personas negativistas, dependientes, narcisistas e hipocondríacas presentan un peor pronóstico y tratamiento más complejo de la depresión.

2.2.3. Factores de riesgo somáticos

La relación entre depresión y enfermedad médica es recíproca: numerosas enfermedades físicas (particularmente las crónicas) se relacionan con el desarrollo de una depresión, y de la misma forma, un episodio depresivo puede ser el desencadenante de una enfermedad orgánica o de su agravación. Unido a esto, varios fármacos que se prescriben para el tratamiento de estas patologías podrían potenciar la sintomatología depresiva (11).

- Comorbilidad: La presencia de enfermedades crónicas aumenta el riesgo de sufrir depresión. Las enfermedades orgánicas asociadas a su desarrollo incluyen diversas patologías coronarias, ictus, enfermedad de Parkinson, demencia, cáncer, disfunciones sensoriales, dolor crónico y enfermedades respiratorias crónicas entre otras (13). Además, el riesgo de padecer depresión aumenta cuanto mayor sea la carga de enfermedad (9).
- Polifarmacia: existe evidencia de que hay fármacos que predisponen a sufrir una depresión entre los ancianos entre los que se encuentran: los antihipertensivos, antiparkinsonianos y los sedantes o hipnóticos, entre otros (13).

2.2.4. Factores de riesgo sociales

Ciertos acontecimientos vitales estresantes y condiciones sociales que ocurren durante la vejez se consideran predictores de trastornos depresivos (11).

1. Aislamiento social y sentimiento de soledad. Numerosos trabajos de investigación subrayan la asociación entre la soledad y el desarrollo de la depresión. En la vejez, existen diversos factores que pueden contribuir a este fenómeno. En un estudio llevado a cabo en un centro de salud de Barcelona sobre el riesgo de depresión en personas de 75 años o más, las variables predictoras de esta enfermedad fueron: “la pérdida de seres queridos, disminución de la red social y falta de actividades de ocio” (12).
2. Fallecimiento de personas próximas (pareja, familiares y amigos).
3. Nivel socioeconómico bajo y abandono del rol: La jubilación supone el fin de la actividad laboral, acompañada por una disminución de los ingresos económicos así como por una pérdida del rol social que desempeñaba el individuo. Esta situación podría repercutir en la salud mental del anciano, provocando crisis psicológicas (14).
4. Cambios de domicilio y la institucionalización. En un estudio llevado a cabo por EURODEP⁴, los ancianos que se encontraban hospitalizados presentaron una prevalencia de depresión próxima al 30%, superando el 35% en el caso de los institucionalizados en residencias (11).
5. Adopción de estilos de vida no saludables. Un estudio longitudinal de Health In Men Study (HIMS) encontró una relación entre la obesidad, la inactividad física, el consumo de alcohol y tabaco y el desarrollo de la depresión (13).
6. Bajo nivel educativo (13).

⁴ Estudio comunitario europeo sobre la depresión geriátrica (EURODEP).

2.3. CLASIFICACIÓN

Partiendo de los criterios de DSM V⁵ (ANEXO 2), los trastornos depresivos se pueden clasificar según el grado de severidad en depresión mayor, distimia y depresión menor, incluyendo la depresión por disfunción vascular, pseudodemencia depresiva y depresión psicótica, características de la edad avanzada.

- **Depresión mayor**

Al menos cinco de los síntomas descritos en la DSM V han de estar presentes durante dos semanas como mínimo, repercutiendo en el funcionamiento normal del individuo. Se relaciona con altas tasas de cronicidad, recurrencia, discapacidad y muerte. Además, los pacientes que desarrollan alteraciones cognitivas son más vulnerables a sufrir enfermedad de Alzheimer. Los fármacos antidepresivos han resultado ser eficaces en la mejora de los síntomas depresivos y las habilidades cognitivas (16).

- **Distimia (trastorno depresivo resistente)**

El estado de ánimo deprimido ha de estar presente la mayor parte de los días, acompañado de otros dos síntomas de depresión mayor (9), pero siendo de menor intensidad. Tiende a la cronicidad con al menos 2 años de duración. Se trata de un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y depresión mayor (16).

- **Depresión menor**

También llamada depresión subsindrómica, no llega a cumplir los criterios mencionados, debido a una menor intensidad de los síntomas y duración de los mismos. Presenta una alta prevalencia entre la población anciana y un empeoramiento de su calidad de vida debido al deterioro funcional. Estos pacientes son más vulnerables a sufrir depresión mayor e ideas de suicidio (16).

⁵ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) (DSM V).

- **Depresión vascular**

La enfermedad cerebrovascular (especialmente las lesiones en la corteza subfrontal izquierda) está estrechamente ligada al desarrollo de depresión, así como al deterioro cognitivo y un aumento de vulnerabilidad. Predominan las disfunciones ejecutivas, desinterés o indiferencia, menor autoconciencia y lentitud a nivel psicomotriz (16).

- **Pseudodemencia depresiva**

Durante los episodios depresivos, suele ser frecuente la presencia de deterioro cognitivo “reversible”, que se suele resolver al finalizar el episodio depresivo. Sin embargo, cabe destacar que estos episodios son predictores del desarrollo de demencia a los años (11).

Por ello, es primordial realizar un adecuado diagnóstico diferencial entre las dos patologías, tal y como se expondrá más adelante. Las alteraciones en la atención y de la concentración, así como los fallos en la memoria son característicos de estos episodios (17).

- **Depresión psicótica y síndrome de Cottard**

Se trata de un subtipo de depresión mayor que cursa con sintomatología psicótica, es decir, alucinaciones o ideas delirantes. El síndrome de Cottard concretamente es un subtipo de depresión mayor muy grave que se caracteriza por un delirio de negación (manifestando ideas de muerte o disfunción orgánica), siendo más frecuente en pacientes geriátricos (11).

2.4. DIAGNÓSTICO Y PARTICULARIDADES CLÍNICAS

El diagnóstico de la depresión se fundamenta en la exploración clínica. Las clasificaciones DSM V y CIE 10 son las más aceptadas en psiquiatría, aunque ninguna aborda las especificidades de la depresión en la senectud (16).

Los ancianos con depresión suelen presentar una sintomatología atípica, lo que complica su diagnóstico. Además, algunos de estos síntomas pueden confundirse con otras enfermedades concomitantes o procesos fisiológicos del envejecimiento (16). Por ello, para una adecuada detección de la enfermedad se han de tener en cuenta los siguientes rasgos diferenciales.

En primer lugar, cabe destacar la alta prevalencia de somatizaciones con presencia de síntomas relacionados con el aparato digestivo, cansancio y dificultades para dormir. La disminución del peso corporal se relaciona directamente con el grado de severidad de la depresión (17). La hipocondría y las quejas somáticas desmesuradas representan una señal de alarma (11).

En cuanto al plano afectivo, es menos frecuente la presencia de estado de ánimo deprimido y los sentimientos de culpa o inutilidad. La falta de expresividad afectiva (alexitimia) es un rasgo característico de las depresiones graves. El abuso de sustancias como el alcohol y la presencia de ansiedad e irritabilidad también suelen acompañar a esta enfermedad (17).

A nivel cognitivo, destacan la dificultad para llevar a cabo tareas ejecutivas o de planificación, así como el enlentecimiento verbal y psicomotriz (11). En el transcurso de la enfermedad es frecuente la presencia de deterioro cognitivo (problemas de atención, concentración y memoria), lo que se conoce como pseudodemencia depresiva. La disfunción cognitiva propia de la depresión podría resultar ser un prodrómo de demencia irreversible, ya que aumenta cuatro veces el riesgo de sufrir esta patología en el futuro (17). Por ello, es importante realizar una valoración cognitiva mediante los test breves de cribado (mini-examen cognoscitivo de Lobo, fluencia verbal, test del reloj, test del informador,...) que permita realizar un diagnóstico diferencial entre demencia y depresión (11).

Además, se recomienda la realización de pruebas complementarias como una analítica básica y un estudio de neuroimagen (TC craneal). La escala de depresión geriátrica de Yesavage es el instrumento diagnóstico de elección. En el contexto de una demencia, se suele emplear la escala Cornell para valorar su presencia (11,16).

2.5. TRATAMIENTO

Los objetivos del tratamiento de la depresión en el anciano se centran en “reducir los síntomas depresivos, prevenir las ideas de suicidio, evitar las recaídas y recurrencias, mejorar la función cognitiva y funcional y ayudar a los pacientes a desarrollar estrategias de adaptación apropiadas para afrontar la discapacidad o las adversidades sociales” (11).

En una primera aproximación se deberían modificar y tratar los fármacos y enfermedades que podrían influir en el desarrollo de esta enfermedad. Combinar los antidepresivos con la psicoterapia es el método de elección en esta franja de edad. Además, en las depresiones resistentes a los antidepresivos, severas con riesgo de suicidio y en los pacientes psicóticos o desnutridos se debería plantear el uso de la terapia electroconvulsiva (9).

Existen tres pilares básicos en el tratamiento de la depresión: la psicofarmacología, la psicoterapia y la terapia electroconvulsiva.

- Farmacología

Los antidepresivos han resultado tener la misma efectividad en las personas mayores que en jóvenes (9). Sin embargo, el metabolismo de los fármacos es distinto en los ancianos, por lo que se recomienda empezar con dosis bajas e ir aumentando progresivamente (11). En general, es preferible utilizar un único fármaco para disminuir la aparición de efectos secundarios y las interacciones farmacológicas (16).

Tanto los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRSN) son los fármacos indicados en el tratamiento de la depresión el anciano, ya que suelen ser bien tolerados. Además, estos últimos presentan un efecto noradrenérgico, lo que aumenta su eficacia.

- Intervenciones psicológicas

En los ancianos con depresiones leves y moderadas la psicoterapia ha demostrado ser efectiva, en ausencia de discapacidades físicas y deterioro cognitivo (17). Entre las terapias más efectivas podemos encontrar (11):

1. Terapia cognitivo-conductual. Es la terapia de elección en el tratamiento de los ancianos con depresión leve, depresión vascular, falta de cumplimiento terapéutico y ansiedad (9).
2. Terapia de resolución de problemas.
3. Psicoeducación: Pueden favorecer la adherencia al tratamiento (9).
4. Terapias grupales.
5. Promoción de estilos de vida saludables acerca de la alimentación, actividad física y mental así como la práctica de relajación pueden evitar las recaídas.

- Terapia electroconvulsiva (TEC)

La terapia electroconvulsiva está indicada en trastornos depresivos graves presentando un 80% de mejoría en estos casos. Por ello, es el método de elección en depresiones resistentes al tratamiento farmacológico y casos graves como las depresiones que cursan con ideas de suicidio o delirios. Esta técnica requiere una vigilancia estrecha en el caso de las patologías coronarias, así como en enfermedades cerebrovasculares (11).

- Tratamientos alternativos

En los pacientes que sufren depresión leve o moderada se recomienda la práctica de ejercicio aeróbico de forma periódica (12).

2.6. SUICIDIO

El 80% de los ancianos mayores de 74 años que se suicidan padecen un trastorno depresivo, por lo que se considera el principal factor de riesgo (9).

Según el INE, en comparación a las personas menores de 45 años, el número de suicidios en los mayores de 65 años es prácticamente el doble. Además, en la vejez aumenta el número de suicidios consumados y disminuyen los intentos de suicidio.

Los factores que aumentan el riesgo de suicidio en los ancianos son los siguientes: sexo masculino, aislamiento social, la facilidad para llevarlo a cabo, padecer enfermedades orgánicas graves y/o depresión, presencia de discapacidad, pérdida de un ser querido y el alcoholismo (11).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivos generales:

3.1.1. Realizar una revisión bibliográfica sistemática acerca de la prevención primaria de la depresión en la tercera edad.

3.1.2. Desarrollar un programa de prevención de la depresión en población anciana con factores de riesgo.

3.2. Objetivos específicos:

3.2.1. Informar acerca de la depresión en la vejez, los factores de riesgo, síntomas de alerta, consecuencias y tratamiento.

3.2.2. Fomentar las bases para lograr un estilo de vida saludable.

3.2.3. Enseñar estrategias de afrontamiento activas ante los cambios propios del envejecimiento.

4. METODOLOGÍA

Este proyecto se ha llevado a cabo a partir de la búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos acerca de la depresión en el anciano y su prevención. Se consultaron diversas bases de datos especializadas (PubMed, Cuiden, Cochrane), repositorios multidisciplinares (Dialnet, Scopus), así como la herramienta de recuperación de información de la biblioteca de la UPNA: Sirius. En un primer momento, se introdujeron las palabras clave “depresión” AND “ancianos” (“depression” AND “elderly”) para obtener información general acerca del tema. Tras haber leído sobre los factores de riesgo, los síntomas específicos, el diagnóstico, el tratamiento y el suicidio en ancianos, se incluyó en la búsqueda la palabra “prevención”, para interceptar las intervenciones más eficaces destinadas a mejorar la salud mental de los mayores. Asimismo, se recopiló información acerca de las estrategias de afrontamiento más apropiadas ante los cambios que ocurren durante el envejecimiento. En la tabla 3 se expone la estrategia de búsqueda que se ha llevado a cabo.

Los criterios de selección de los documentos fueron los siguientes:

- Disponibilidad al texto completo
- Idioma español o inglés
- La muestra del estudio no está institucionalizada
- Fecha de publicación a partir del año 2000

Con el fin de conseguir datos epidemiológicos que justificaran el presente trabajo, se emplearon las páginas de la OMS, INE, Gobierno de Navarra y Ayuntamiento de Pamplona.

Para redactar el programa de prevención de la depresión se empleó material disponible en la página web del Instituto de Salud Pública de Navarra (Manuales de Educación para la salud y Guías sobre el envejecimiento saludable), además de Guías de autoayuda para la depresión del Servicio Andaluz de Salud. Además, durante las prácticas en el Centro de Salud Mental de Ermitagaña, se consultaron folletos educativos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y asistí a sesiones grupales de manejo de emociones, un taller de actitud positiva en la vejez en un club de jubilados

y una charla sobre la soledad en el anciano impartida por la Sociedad Navarra de Geriátría y Gerontología.

Respecto a la gestión de los documentos, se han empleado el programa de gestión bibliográfica Mendeley y el programa Drive, además de diversas anotaciones en un cuaderno.

Los objetivos de este trabajo se centran en la promoción de hábitos saludables (alimentación, ejercicio físico, hábitos tóxicos, higiene del sueño) y el desarrollo de estrategias de afrontamiento adecuadas (regulación emocional y cognitiva, activación conductual, reinterpretación positiva, interacción social) para evitar el desarrollo de la depresión en los ancianos que se encuentren en riesgo de padecer esta enfermedad, ya que han resultado factores protectores de esta enfermedad. En cuanto a la propuesta de intervención, se trata de un plan de educación para la salud, en el cual se trabajan contenidos relacionados con los objetivos expuestos.

En un principio me planteé implementar una intervención educativa en el ámbito comunitario, dirigido a los socios de un club de jubilados. Sin embargo, al revisar distintos artículos acerca de la prevención de la depresión, tomé consciencia de que la prevención centrada en personas con factores de riesgo podría resultar más efectiva que aquella dirigida a la población en general. Por ello, decidí cambiar el lugar de intervención a un centro de salud, donde se pudiera detectar e incluir en el programa a los ancianos que presentaran una mayor vulnerabilidad.

Cronograma de trabajo

Tras la reunión con la tutora a mediados de octubre, realicé el Curso de Competencias Informacionales. Durante los meses de noviembre y diciembre, comencé la búsqueda bibliográfica acerca de la depresión en la vejez, consultando varias bases de datos (PubMed, Sirius, Dialnet, Cuiden, Scopus,...), páginas webs oficiales (OMS, INE, Gobierno de Navarra, Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, Ministerio de España...), así como libros de la biblioteca. Además, asistí a diversos talleres de manejo emocional y actitud positiva en la vejez. A principios de enero, redacté los objetivos y la estructura del trabajo. También empecé a analizar y a filtrar los documentos que había revisado, extrayendo la información más relevante y

realizando una búsqueda más exhaustiva sobre la prevención de la depresión. A finales de enero y comienzos de febrero, redacté el Documento de Propuesta de TFG, compartiendo mis dudas con la tutora y llevando a cabo las modificaciones oportunas. A partir de febrero, completé la búsqueda y comencé a redactar el borrador del TFG a partir de la información pertinente. Durante el mes de febrero me centré en desarrollar la introducción, justificación epidemiológica y el marco teórico del trabajo. En marzo, redacté los resultados, así como la discusión y las conclusiones. A finales de este mes y a lo largo del mes de abril realicé la propuesta de intervención y pasé a limpio el documento. Finalmente, tras una última reunión con la tutora, el mes de mayo lo dediqué a organizar los distintos apartados y a pulir los últimos detalles del proyecto.

Tabla 2. Cronograma de trabajo

Fuente: Elaboración propia

| | MESES | | | | | | |
|---|-----------|-----------|-------|---------|-------|-------|----------|
| ACTIVIDADES | Noviembre | Diciembre | Enero | Febrero | Marzo | Abril | May o |
| Búsqueda bibliográfica en bases de datos y libros | | | | | | | |
| Redacción de la Propuesta de TFG | | | | | | | |
| Analizar y filtrar la información obtenida | | | | | | | |
| Búsqueda más exhaustiva de información; asistencia a charlas y talleres | | | | | | | |
| Redactar el borrador del TFG | | | | | | | |
| Realizar las modificaciones oportunas y pasarlo a limpio | | | | | | | |
| Entrega, presentación y defensa del TFG | | | | | | | |

Tabla 3. Metodología de búsqueda bibliográfica en bases de datos

| BASES DE DATOS | PALABRAS CLAVE | ARTÍCULOS ENCONTRADOS | ARTICULOS REVISADOS | CRITERIOS DE EXCLUSIÓN | ARTÍCULOS SELECCIONADOS |
|----------------|---|-----------------------|---------------------|---|---|
| PubMed | "depression" AND "elderly" | 154488 | 10 | -Muestras institucionalizadas -Pacientes con patologías específicas | - Depression in the elderly - Late-life depression in the primary care setting: challenges, collaborative care, and prevention. |
| | "depression" AND "elderly" AND "prevention" | 11486 | 5 | - Muestras <65 años | - Coaching in healthy dietary practices in at-risk older adults: a case of indicated depression prevention. - Prevention of depression in the older age - Prevention of depression in the older adults: An overview. |
| Sirius | "depresión" AND "ancianos" | 1705 | 4 | -Acceso restringido - Muestras>85 años -Muestras institucionalizadas | - Alteraciones de la esfera mental: depresión y demencia en el anciano - Protocolo diagnóstico y terapéutico de la depresión en el anciano - Riesgo de depresión en personas de 75 años o más, valoración geriátrica integral y factores de vulnerabilidad asociados en Atención Primaria |

| | | | | | |
|------------------|-------------------------------|-----|---|---|---|
| Dialnet | “depresión” AND “ancianos” | 164 | 9 | -Muestras institucionalizadas - Estudios previos al año 2000 | - Psicogeriatría: depresión y estilos de afrontamiento - La depresión en el anciano |
| Cuiden | “depresión” AND “ancianos” | 265 | 3 | -Idioma: portugués -Muestras insuficientes | - Factors Contributing to Active Aging in Older Adults, from the Framework of Roy’s Adaptation Mode |
| Cochrane Plus | “depresión” AND “ancianos” | 7 | 0 | | 0 |
| Scopus | “depresión” AND “ancianos” | 31 | 2 | -Muestras de enfermos con patologías específicas | -Depresión en ancianos |

Fuente: Elaboración propia.

5. RESULTADOS

La prevención de los trastornos depresivos en la vejez supone uno de los mayores retos del futuro, debido a su alta prevalencia, la elevada carga de morbilidad asociada y el gran gasto económico generado, tal y como se ha expuesto anteriormente. A pesar de ello, las investigaciones acerca de la prevención primaria de la depresión en población geriátrica son exiguas, debido a la dificultad para llevarlas a cabo o porque no se han considerado útiles (18). A través de un metaanálisis llevado a cabo por Cuijpers et al. (18), se identificaron 32 estudios aleatorios en los que la incidencia de esta enfermedad disminuía un 21% en los grupos de prevención respecto a los grupos de control. Sin embargo, la mayoría de estas intervenciones estaba dirigida a población más joven y tan sólo seis estudios se centraron en la población anciana.

La prevención primaria es esencial porque pretende evitar el comienzo de los síntomas depresivos y el desarrollo de un trastorno depresivo. Existen tres tipos de prevención primaria: universal, selectiva o indicada (13).

- Las intervenciones universales se centran en la población en general, resultando caras y poco efectivas, ya que requieren un grupo de personas muy numeroso para que la actuación sea efectiva.
- La prevención selectiva interviene en aquellas personas vulnerables, es decir, que presenten ciertos factores de riesgo (p. ej. pacientes con varias enfermedades crónicas).
- La prevención indicada se emplea en la depresión subsindrómica, en la cual la clínica depresiva no llega a cumplir todos los criterios diagnósticos de la depresión mayor.

Los estudios centrados en población de riesgo o que presenten ciertos síntomas depresivos podrían resultar más eficaces y económicos que la prevención universal, ya que para evitar un sólo caso de depresión se necesita atender a un menor número de personas (13). Actuar sobre la población vulnerable para lograr la prevención de enfermedades ha sido exitoso en diversas áreas médicas, como en el caso de las enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, en el campo de los trastornos afectivos los estudios sobre prevención selectiva e indicada son escasos, lo que dificulta la

selección de las acciones adecuadas, a pesar de que hayan resultado ser efectivos (13). Concretamente, las intervenciones preventivas dirigidas a los adultos mayores que presentan depresión subsindrómica (es decir, la prevención indicada) podrían tener el mayor impacto en evitar el desarrollo de la enfermedad (15).

De las seis investigaciones dirigidas a la prevención de la depresión en ancianos, dos de ellas estudiaron la prevención selectiva, aplicando la terapia de resolución de problemas en pacientes con enfermedades como degeneración macular o ictus. En ambos casos los grupos de intervención reflejaron un menor porcentaje de depresión que los grupos control. En uno de los estudios sobre prevención indicada, las muestras seleccionadas fueron ancianos con depresión subsindrómica y síntomas de ansiedad en los que se trabajaron técnicas de terapia cognitivo-conductual y de resolución de problemas en un centro de Atención Primaria. La incidencia de síntomas depresivos y de ansiedad disminuyó de un 24% a un 12% en los grupos de intervención, manteniéndose estos resultados durante los dos años siguientes. En las investigaciones restantes se analizaron muestras institucionalizadas (18).

En la aparición de la depresión convergen diversos factores de riesgo, entre los cuales algunos no son modificables (sexo, carga genética...), es decir, no se puede actuar sobre ellos. Sin embargo, existen ciertos determinantes que han resultado ser protectores de la salud mental, tales como los estilos de afrontamiento activos y la adopción de estilos de vida saludables (2, 13), sobre los cuales sí que se podría incidir.

- Estilo de vida saludable

La adquisición de unos hábitos de vida saludables supone un factor protector a largo plazo para la salud mental, ya que se centra en establecer una rutina de conductas saludables mediante las habilidades de autogestión del paciente. Las intervenciones educativas centradas en el estilo de vida tienen como objetivo otorgar a los participantes el conocimiento y las habilidades para mantener una dieta equilibrada y aumentar la actividad física, incluyendo el abandono de alcohol y tabaco o la higiene del sueño (15).

En un estudio llevado a cabo por Health In Men Study (HIMS) (13), los ancianos con obesidad, físicamente inactivos y consumidores habituales de alcohol y tabaco presentaron una probabilidad superior al 10% de padecer depresión en los años siguientes, a diferencia de los que no lo hacían (quienes presentaron una probabilidad menor al 2%). Por ello, los autores sugieren que una intervención basada en una mejora del estilo de vida podría disminuir el riesgo de padecer esta enfermedad. En palabras de Osvaldo Almeida (13), “siempre que sea posible han de tenerse en cuenta los factores de riesgo modificables, ya que existe evidencia de los beneficios que aportan los cambios en el estilo de vida y el tratamiento de los riesgos para la salud”.

Mediante un estudio aleatorizado sobre la prevención indicada de la depresión en el anciano(15), los autores encontraron que la alfabetización sobre la alimentación saludable era potencialmente efectiva en la protección de sufrir un episodio de depresión mayor en ancianos con depresión subsindrómica. Entre las personas que recibieron estas pautas presentaron una menor incidencia de la enfermedad y una disminución del 40-50% de los síntomas depresivos, así como una mejoría del bienestar, reflejando estos beneficios durante las primeras seis semanas de intervención y los dos años siguientes .

Respecto a la alimentación, según la Modified MyPyramid for Older Adults⁶, los ancianos necesitan alimentos con mayor contenido de nutrientes, pero de menor índice calórico. Una adecuada hidratación es fundamental, así como el ejercicio físico. El incremento del consumo de ciertos alimentos ricos en omega 3, vitamina B y aminoácidos han sido asociados a un menor riesgo de sufrir depresión, ya que el déficit de omega-3 y de las vitaminas del grupo B provocan alteraciones en la función neuronal y en algunos procesos metabólicos del cerebro. Por ello, es importante incluir estos alimentos en la dieta del anciano como factor protector (15).

La inactividad física y el insomnio han resultado ser variables predictoras de depresión mayor. De esta forma, aumentar el ejercicio y mantener una adecuada

⁶ Pirámide nutricional específica para la tercera edad.

higiene del sueño se consideran hábitos que mejoran el humor, el estrés y el funcionamiento cognitivo (15).

Para finalizar, Según el Pacto Europeo para la Salud Mental de 2008, entre las medidas preventivas de los trastornos mentales destacaría el fomento de un envejecimiento saludable y activo. Para ello, la promoción de ejercicio físico, las intervenciones educativas y el fomento de la salud mental entre los mayores cobran gran relevancia (2).

- Estrategias de afrontamiento

A lo largo de la vida, todas las personas nos enfrentamos a cambios físicos, psíquicos y sociales, a los cuales tenemos que adaptarnos. Sin embargo, la senectud se caracteriza por una disminución de esta habilidad. Durante esta etapa acontecen una serie de estresores entre los que se encuentran el deterioro físico y psíquico, la presencia de enfermedad, la discapacidad, el aislamiento y la soledad, la muerte de seres queridos y la institucionalización, entre otros. En palabras de Redondo Vega (2), “estos acontecimientos vitales incrementan el riesgo de padecer una depresión, por lo que suponen la diana de prevención en las patologías anímicas de los adultos mayores”.

La vejez es una etapa en la que la pérdida se hace evidente. Para sobrellevar esta situación, las estrategias de afrontamiento que utiliza el individuo cobran gran relevancia. Se definen como “procesos cognitivo-conductuales que van dirigidos a manejar las demandas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes de los recursos del individuo”. La forma de afrontar los acontecimientos vitales propios de la vejez varía en función de la personalidad de cada persona: pueden suponer una amenaza, pero también una oportunidad de crecimiento personal (2).

El afrontamiento se descompone en tres tipos dependiendo de si está dirigido al manejo de pensamientos (afrontamiento cognitivo), la regulación de emociones (afrontamiento emocional) o la realización de comportamientos específicos (afrontamiento conductual). Además, se pueden emplear estrategias activas (adaptativas) o pasivas (desadaptativas) (2).

Una de las aportaciones de Redondo Vega en su tesis doctoral fue que “los longevos que emplean estrategias como el afrontamiento activo, la planificación, la búsqueda de apoyo social instrumental, búsqueda de apoyo social y emocional, la religión, la reinterpretación positiva, la aceptación y el humor, presentan puntuaciones más bajas en la Escala de Depresión Geriátrica” (2). Es decir, los ancianos que utilizan habilidades de adaptación más activas presentan una menor clínica depresiva, por lo que se consideran factores protectores de la enfermedad.

En un estudio llevado a cabo en la Universidad Autónoma de Tamaulipas (México) (19), se seleccionó una muestra de personas mayores de 60 años que presentaran alguna enfermedad crónica de más de un año de evolución y que estuvieran orientados temporo-espacialmente. Partiendo del Modelo de Adaptación de Roy se estudiaron las variables relacionadas con el envejecimiento activo. La aceptación de los cambios del envejecimiento y de los acontecimientos vitales fueron predictoras de envejecimiento activo. Además, se encontró una relación negativa entre padecer depresión y el apoyo social percibido.

Entre las medidas efectivas para dar respuesta a la problemática del aislamiento social y la soledad (factores de riesgo para el desarrollo de la depresión), la OMS respalda la identificación de las personas que se encuentran en riesgo de soledad por parte de los profesionales sanitarios, el planteamiento de intervenciones de formato grupal, que sean participativas, con un fondo teórico y que potencien las redes de apoyo disponibles de los adultos mayores (20).

En definitiva, tal y como señala Alexopoulos, profesor e investigador de psiquiatría de la Universidad de Cornell (9), “los ancianos vulnerables a sufrir depresión pueden disminuir el riesgo gracias a las instrucciones en la relación cuerpo-mente, capacitación en técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, entrenamiento en la solución de problemas y en comunicación, y manejo conductual del insomnio, adecuada nutrición y ejercicio físico, ya que presentaron mayores tasas de autoeficacia y una reducción de los síntomas de depresión, ansiedad e insomnio”.

6. DISCUSIÓN

La bibliografía consultada pone en evidencia que la depresión en la vejez es un trastorno afectivo frecuente con graves consecuencias para el anciano y su entorno, así como para la sostenibilidad del sistema sanitario (9, 10). Además, en este grupo de edad los ancianos presentan unas particularidades clínicas que pueden complicar la detección de esta enfermedad (12). Por ello, resulta esencial promover estrategias preventivas que fomenten la salud mental de los ancianos, tal y como indica la OMS (4).

Las investigaciones acerca de la prevención primaria ponen de manifiesto que una intervención centrada en población con depresión subsindrómica o presencia de factores de riesgo podrían resultar más eficaces que una intervención universal (13). Por mi parte, en un principio, pensé en una intervención de carácter universal en el ámbito comunitario. Sin embargo, tras revisar la bibliografía pertinente, decidí escoger un grupo que reuniese ciertos factores de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad, pero que no presentara sintomatología depresiva. A pesar de que la prevención indicada ha demostrado tener mayor efectividad que la selectiva (15), pienso que en este grupo de edad resulta muy complicado discernir entre lo que es una depresión subsindrómica y un cuadro más severo, pudiendo cometer el error de incluir en el programa a pacientes que presenten un cuadro más grave. Según Pim Cuijpers (18), esta enfermedad ha de entenderse como un 'continuum' entre la ausencia de síntomas y la presencia de patología depresiva severa, ya que los límites entre padecer depresión subclínica o mayor son difusos.

La evidencia científica recogida a lo largo del trabajo muestra la cantidad de factores de riesgo que influyen en la aparición de la depresión durante esta etapa vital. Para formular los objetivos y actividades de este programa se han seleccionado varios artículos que reflejan las situaciones que predisponen al anciano a sufrir depresión y los factores protectores que evitan su aparición.

Tal y como se ha mencionado anteriormente, la obesidad, el sedentarismo, el consumo de alcohol y tabaco y el insomnio aumentan el riesgo de sufrir depresión. De esta forma, adoptar un estilo de vida saludable ha resultado una variable

protectora de la salud mental en el anciano (15). Ciertos hábitos como la alimentación saludable, la práctica de actividad física, el abandono del alcohol y tabaco y un adecuado patrón del sueño podrían mejorar la salud física y mental del anciano, por lo que uno de los objetivos de este trabajo se centra en fomentar estas prácticas.

La vejez es una etapa que se caracteriza por una serie de acontecimientos vitales que pueden influir en el desarrollo de un trastorno afectivo; tales como el aislamiento social y la soledad, la jubilación, la pérdida de seres queridos o los cambios de domicilio. Por ello, es imprescindible que el anciano se adapte a esta situación mediante ciertos mecanismos de afrontamiento. Concretamente, los ancianos que emplean estrategias de afrontamiento activas (entre las que se encuentran la planificación, la búsqueda de apoyo social instrumental, búsqueda de apoyo social y emocional, la religión, la reinterpretación positiva, la aceptación y el humor) podrían disminuir el riesgo de sufrir depresión (2). Considerando estas contribuciones, en la presente intervención se incluirán los siguientes aspectos que mejoran el afrontamiento durante la vejez: la activación conductual, la planificación de actividades, la búsqueda de apoyo social y emocional, la reinterpretación positiva y la aceptación.

El programa desarrollado tiene como finalidad capacitar al anciano con riesgo de sufrir depresión para adoptar una serie de conductas que eviten la aparición de la enfermedad. Por lo tanto, en el caso de llevarse a la práctica, el resultado ideal de este trabajo sería la obtención de conocimientos, actitudes y habilidades que contribuyan a promover la salud mental de los ancianos y a prevenir la aparición de síntomas depresivos.

Entre las limitaciones del presente trabajo, la principal ha sido la escasa evidencia encontrada respecto a la prevención selectiva de la depresión en este grupo de edad, lo que dificulta la selección de acciones adecuadas.

Por último, con el fin de garantizar una adecuada intervención cobra relevancia orientar los estudios de prevención de la depresión hacia las personas vulnerables a sufrir esta enfermedad, para poder concretar las actividades idóneas que eviten su aparición.

7. CONCLUSIONES

De este proyecto se podría concluir lo siguiente:

1. La depresión en la vejez conlleva graves repercusiones sobre la calidad de vida del anciano y su entorno y supone una amenaza para la sostenibilidad del sistema sanitario, lo que justifica una intervención basada en la prevención primaria.
2. Este trastorno presenta unos rasgos característicos que se deben tener en cuenta para una adecuada detección y manejo de la enfermedad.
3. Centrarse en población con alto riesgo de sufrir un trastorno depresivo resultaría más efectivo que una intervención universal, a pesar de que las investigaciones sobre la prevención selectiva sean escasas.
4. La adopción de un estilo de vida saludable ha resultado ser una variable protectora de la salud mental en el anciano.
5. Los ancianos que emplean habilidades de afrontamiento activas para adaptarse a los cambios propios del envejecimiento presentan menores tasas de depresión.

8. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

8.1. INTRODUCCIÓN

Tomando como punto de partida las conclusiones mencionadas, se ha diseñado un programa de prevención de la depresión en ancianos con riesgo de padecer esta enfermedad en el centro de salud de San Juan (Pamplona).

Este plan de educación para la salud pretende capacitar al anciano en riesgo con los conocimientos, actitudes y habilidades para hacer frente a esta etapa de sus vidas de la mejor forma posible. Para ello, se trabajarán conceptos relacionados con la depresión, las bases para lograr un estilo de vida saludable, así como estrategias que ayuden a la persona a afrontar los cambios físicos, psíquicos y sociales que ocurren en la senectud.

Además, este programa contempla las medidas propuestas por la OMS en el “Informe mundial del envejecimiento y salud” (20) para dar respuesta al aislamiento social y la soledad en la tercera edad. Entre ellas se encuentran la identificación de las personas que se encuentran en riesgo de soledad por parte de los profesionales sanitarios, el planteamiento de intervenciones de formato grupal, de carácter participativo, con un fondo teórico y que potencien las redes de apoyo disponibles de los adultos mayores.

Con el fin de contextualizar esta intervención, se ha llevado a cabo un análisis social de Pamplona y del barrio de San Juan, así como de las acciones políticas y económicas relacionadas con el objeto de estudio.

8.1.1. Enmarque social

Pamplona destaca por la alta prevalencia de personas mayores (22% de la población total). El estudio ‘Personas mayores en Pamplona, claves para un diagnóstico social’ (21) elaboró un análisis sobre la situación sociodemográfica de las personas ancianas residentes en esta ciudad en el año 2016. Algunos de los hallazgos más significativos fueron el aumento de las personas de 80 o más años (representan el 7% de la población total), el predominio de las mujeres (el 60% de las personas mayores de 80 años pertenecen al sexo femenino) y las altas tasas de soledad en la vejez (el 33% de las personas mayores de 85 años viven solas).

Concretamente, el barrio de San Juan, en el que se va a llevar a cabo este programa, se caracteriza por tener una de las tasas de envejecimiento más altas de la ciudad, ya que casi un tercio de la población total supera los 65 años (32%). Además, de los 6500 ancianos del barrio el 23% (1500 personas) vive solo. Respecto al género femenino, tal y como refleja la pirámide poblacional del barrio (ANEXO 3) de mayo de 2018, las mujeres en este grupo de edad son casi el doble que los hombres (3952 mujeres y 2532 hombres) (21, 22). Existe una asociación entre el género femenino, el aislamiento y una situación socioeconómica más precaria, debido a una mayor esperanza de vida y a los bajos ingresos que perciben (muchas veces dependen de las pensiones de viudedad) (21). Tal y como se ha subrayado anteriormente, la soledad, la pobreza y el sexo femenino suponen dos factores de riesgo de peso para el desarrollo de la depresión.

Además, los datos de la Memoria de Salud Mental de Navarra 2017 (8) reflejan que el Centro de Salud Mental de San Juan fue el que mayor número de pacientes incluyó en el programa de Psicogeriatría, representando el 6,5% de los pacientes que acudieron al centro. Los trastornos afectivos presentan una alta prevalencia en esta edad, ya que el 43,9% de los pacientes incluidos en el Programa de Psicogeriatría en la Red de Salud Mental presentaban este diagnóstico.

8.1.2. Enmarque económico y político

En la Comunidad Foral existen distintas estrategias que apoyan la promoción del envejecimiento saludable así como la prevención de la depresión.

El centro de salud de San Juan, respaldado por el Ayuntamiento de Pamplona, dirige el proyecto “Pacto por las personas mayores del barrio”, el cual pretende promocionar un envejecimiento activo y saludable para dar respuesta a las altas tasas de envejecimiento del barrio. Muchas de las medidas y actividades propuestas comparten la misma meta que este proyecto: favorecer el aprendizaje de las personas mayores, fomentar la adopción de estilos de vida saludables, promover la participación de las personas mayores en actividades de ocio y actos generales... Esta

iniciativa es parte de la Estrategia de Envejecimiento Activo y Saludable de Navarra para los años 2017-2022 (22).

En cuanto a la partida presupuestaria del Gobierno de Navarra para el año 2019, se contemplan subvenciones para programas comunitarios de promoción de envejecimiento activo y saludable (70.000 €), así como para programas comunitarios de promoción y prevención de la salud (204.130€) (23). Esto supondría un incremento presupuestario del 4,9% en el ámbito de promoción y prevención de la salud, lo que garantizaría la puesta en marcha de este tipo de intervenciones (24).

Dentro del Plan de Salud de Navarra 2014-2020, una de las líneas estratégicas de salud mental refleja la necesidad de desarrollar programas de prevención de la depresión y el suicidio, así como programas comunitarios de salud mental en colectivos de alto riesgo social por parte de los equipos de salud mental comunitarios. Además, contempla como uno de los problemas de salud emergentes en ancianos los trastornos emocionales, la soledad y el aislamiento (25).

A pesar de que la Red de Salud Mental de Navarra tenga como misión la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales, se caracteriza por su orientación principalmente asistencial (8).

8.2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: Prevenir la depresión y promover el bienestar psicológico en población anciana con factores de riesgo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Informar acerca de la depresión en la vejez; los factores de riesgo, síntomas de alerta, consecuencias y tratamiento.
2. Fomentar un estilo de vida saludable.
3. Enseñar estrategias de afrontamiento activas ante los cambio propios del envejecimiento.

8.3. MATERIALES Y MÉTODOS

Este proyecto aborda la salud del individuo desde una perspectiva biopsicosocial, abordando aspectos biológicos, psicológicos y sociales. De esta forma, para lograr los objetivos propuestos, es necesaria realizar una intervención multidisciplinar, contando con el apoyo de profesionales sanitarios y no sanitarios. La aportación de una enfermera de salud mental cobra importancia para transmitir conceptos básicos sobre la depresión a los ancianos con el objetivo de concienciarlos de esta problemática. Para abordar los temas relacionados con los hábitos alimenticios y actividad física, una dietista y un preparador físico serán los que participen en el taller. En cuanto al manejo de pensamientos y emociones, un psicólogo colaborará en el desarrollo de la sesión. Todos ellos serán coordinados por la enfermera comunitaria que dirija el programa.

Las sesiones serán grupales, con un máximo de 15 participantes. Se realizarán 6 sesiones durante el mes de mayo y junio (los lunes) de 2019 en el Centro de Salud de San Juan. Su duración será aproximadamente de 1h 15 min. Para el desarrollo de las sesiones se emplearán recursos didácticos de apoyo, tales como material impreso (folletos, tablas, ejercicios...) y audiovisual (vídeos y diapositivas). Además, el coste del programa será mínimo, ya que los recursos empleados (materiales, técnicos y humanos) no suponen un alto coste.

En cuanto a la metodología de los talleres, se llevarán a cabo diversas técnicas dirigidas a expresar sus creencias, preconceptos, experiencias, preferencias... Tomando su conocimiento como punto de partida, se profundizará en diversos contenidos mediante técnicas expositivas con el objetivo de que interioricen la información relevante. Las técnicas de análisis ayudarán a asentar los conocimientos adquiridos y se pondrán en práctica ciertas habilidades cognitivas. En cuanto a las habilidades psicomotoras, se llevará a cabo un taller de relajación, que ofrece un enfoque más práctico al programa.

Las técnicas empleadas serán las siguientes:

| MÉTODOS | TÉCNICAS |
|---------------------------|--|
| TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN | Tormenta de ideas Philips 66 Fotopalabra |
| TÉCNICAS EXPOSITIVAS | Exposición con discusión Vídeo con discusión Lección participada |
| TÉCNICAS DE ANÁLISIS | Caso Discusión Análisis de frases |
| TÉCNICAS DE HABILIDADES | Demostración con entrenamiento |

Tabla 5. Metodología de los talleres

Fuente: Elaboración propia

8.3.1. Grupo diana

El grupo diana al que va dirigida la intervención serán las personas mayores de 65 años que acudan al Centro de Salud de San Juan.

Se realizará en el ámbito ambulatorio, ya que Atención Primaria supone la puerta de entrada al sistema sanitario. Esto nos permite interceptar a la población con riesgo de sufrir depresión para poder incluirla en el programa preventivo. El médico y la enfermera de Atención Primaria serán los responsables de derivar a estas personas al programa. Los criterios de inclusión serán los siguientes:

- Población mayor de 65 años
- Presencia de factores de riesgo para sufrir depresión
- Ausencia de patología depresiva
- Ausencia de deterioro cognitivo
- No sufrir limitaciones funcionales incapacitantes

Los datos expuestos en el análisis social del barrio de San Juan reflejan una población con una gran vulnerabilidad para sufrir depresión. Además de ser uno de los barrios más envejecidos de Pamplona, las altas tasas de soledad y el predominio del sexo femenino son dos aspectos a tener en cuenta por su influencia en el desarrollo de esta enfermedad. Por ello, cobra especial relevancia realizar una intervención centrada en la prevención selectiva.

8.3.2. Contenidos

Resulta necesario que los ancianos adquieran los conocimientos, habilidades y actitudes pertinentes para hacer frente a esta época de transición. Tal y como refleja la bibliografía consultada, durante esta etapa resulta primordial trabajar la aceptación del proceso de envejecimiento y los acontecimientos vitales, así como la adquisición de unos hábitos de vida saludables (26). Basados en los objetivos específicos planteados, se abordarán los siguientes contenidos.

En la primera sesión, se introducirán las ideas más relevantes acerca de la depresión en la vejez: el significado de la palabra “depresión”, sus factores de riesgo en la vejez, los síntomas de alerta, las graves consecuencias que provoca en esta edad, así como la importancia del tratamiento.

A lo largo de la segunda y tercera sesión, se desarrollarán las bases para lograr unos hábitos de vida saludables. Se trabajarán los siguientes contenidos: la alimentación saludable, el ejercicio físico, el abandono del alcohol y el tabaco y la higiene del sueño y la relajación muscular.

Durante las últimas tres sesiones, se les enseñarán diversas estrategias para afrontar de la mejor forma posible la vejez. Entre ellas se encuentran la aceptación de los cambios, la reinterpretación positiva, el manejo de emociones y pensamientos negativos, la activación conductual, la gestión del ocio y el tiempo libre, así como la búsqueda de apoyo social.

8.3.3. Desarrollo de las sesiones

1ª sesión: ¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN?

El objetivo principal de esta primera sesión de la intervención es proporcionar al grupo diana la información básica y necesaria para que todos los participantes adquieran los conocimientos elementales sobre la depresión y sus principales características en la vejez.

Metodología empleada

- Presentación (10 min): Presentación de la enfermera comunitaria y la de salud mental a los participantes y explicación sobre la organización de la intervención y los objetivos que se desean cumplir mediante la intervención.
- Tormenta de ideas (10 min): La enfermera escribirá la palabra “depresión” en la pizarra y pedirá a los participantes que expresen una idea en torno a ella, recogiendo la información obtenida y escribiéndola en la pizarra. El objetivo de utilizar esta técnica es que expresen y pongan en común los conocimientos que ya poseen para crear una base de ideas básicas comunes de la cual partir para realizar la exposición de la información.
- Exposición con diapositivas (20 min): La enfermera de salud mental procederá a realizar una exposición didáctica acerca de los siguientes contenidos valiéndose de una presentación con diapositivas:
 - ¿Qué es la depresión?
 - Factores de riesgo
 - Síntomas específicos de la depresión en la vejez
 - Graves repercusiones: suicidio
 - Importancia del tratamiento
- Caso (20 min): Se dividirán en grupos de cinco personas. Se repartirá un caso que refleje el perfil característico de un anciano con depresión. La enfermera repartirá el siguiente relato y planteará una serie de preguntas:

MATERIAL 1

“María es una mujer de 75 años que vive sola desde que murió su marido hace dos meses. Desde hace dos semanas ha empezado con dolor de estómago y por eso ha dejado de comer. Por las noches no puede dormir bien porque dice sentirse nerviosa. Se siente muy cansada durante el día y ha dejado de salir con las amigas, ir a nadar y a clases de baile... Además, últimamente le cuesta mucho concentrarse y se queja de fallos de memoria”.

- *¿Qué le puede estar pasando a María?*
- *¿Os sentís identificados con ella? ¿En qué aspectos?*
- *¿Qué le diríais si fuera vuestra amiga?*

Transcurridos 10 minutos, cada grupo expondrá sus creencias acerca del tema. Mediante este ejercicio, se pretende informar a los ancianos de la forma de presentación típica de la enfermedad. Además, la enfermera hará hincapié en la importancia de pedir ayuda en este caso.

- Preguntas y dudas (10 min): Tiempo dedicado a responder preguntas de los ancianos y a la resolución de las posibles dudas que tengan sobre el tema.
- Cierre y despedida (5 min): Se realizará un pequeño resumen de la jornada y se convocará a los participantes a que asistan a la próxima sesión.

- Agentes de salud: Enfermera de Atención Primaria y salud mental.
- Cronograma: Lunes, 6 de mayo de 2019 (10:30 - 11:45h).
- Lugar: Centro de Salud de San Juan.
- Recursos:
 - Ordenador
 - Cañón y pantalla
 - Pendrive
 - Pizarra
 - Papel y boli para todos los asistentes
 - Material 1

2ª sesión: MENS SANA IN CORPORE SANO

En esta segunda sesión, se abordará la importancia de la alimentación y del ejercicio físico, así como el abandono del alcohol y del tabaco para lograr la salud física y mental.

Metodología empleada

- **Presentación (10 min):** Tras el saludo inicial, se presentará a la dietista invitada y el preparador físico. Se hará un breve resumen de la sesión anterior y se mencionarán los contenidos que se van a abordar.
- **Lección participada (40 min):** La enfermera realizará una serie de preguntas abiertas a los participantes y valiéndose de sus respuestas, el dietista y el preparador físico junto con la enfermera, procederán a profundizar en cada uno de los temas. Aproximadamente se dedicarán 15 minutos a hablar sobre la alimentación saludable en la vejez, otros 15 minutos para el ejercicio físico y los últimos 10 minutos se abordará el consumo de tóxicos.
 - *¿Qué significa tener un estilo de vida saludable? ¿Influye en el estado anímico?*
 - *¿Cuántas comidas debemos realizar al día?*
 - *¿Qué alimentos de vuestra dieta consideráis que no son saludables? ¿Por cuáles deberíais cambiarlos?*
 - *¿Qué alimentos cobran gran importancia en la vejez?*
 - *Alimentos protectores frente a la depresión.*
 - *¿Cuánta agua se recomienda beber?*
 - *¿Qué beneficios tiene el ejercicio físico en los ancianos?*
 - *¿Qué tipo de ejercicios son beneficiosos en la vejez?*
 - *¿Cuánto tiempo se deben practicar? ¿A qué intensidad?*
 - *¿El alcohol y el tabaco influyen en la salud física y mental?*
- **Vídeo (10 min):** Se expondrá un vídeo del programa “Muévete” del Gobierno de Navarra que resuma los beneficios del ejercicio físico y motive a los ancianos a practicarlo. Link del vídeo (27): <https://www.youtube.com/watch?v=5a546PikJCs>

- Preguntas y dudas (10 min): Tiempo dedicado a responder preguntas de los ancianos y a la resolución de las posibles dudas que tengan sobre el tema.
- Cierre y despedida (5 min): Se realizará un pequeño resumen de la jornada y se convocará a los participantes a que asistan a la próxima sesión.
- Agentes de salud:
 - Enfermera de AP.
 - Dietista.
 - Preparador físico.
- Cronograma: Lunes, 13 de mayo de 2019 (10:30 - 11:45 h).
- Lugar: Centro de Salud de San Juan.
- Recursos:
 - Pizarra
 - Papel y boli
 - Cañón y pantalla
 - Ordenador
 - Pendrive

3ª sesión: SUEÑO Y RELAJACIÓN

La sesión se dividirá en dos partes; primero se realizarán unas recomendaciones acerca de la higiene del sueño y después se realizará una sesión de relajación.

Metodología planteada

- Presentación (10 min): Tras saludar al grupo, la enfermera hará un pequeño resumen de las sesiones anteriores y presentará los temas que se van a abordar.
- Vídeo con discusión (20 min): Se compartirá con los pacientes un vídeo de 10 minutos sobre recomendaciones para lograr un sueño reparador. Link del vídeo (28): <https://www.youtube.com/watch?v=w79oD9Bqak8>

Además, se les repartirá un folleto que recoja esta información (ANEXO 4).

- Demostración con entrenamiento (40 min): Sesión de relajación progresiva de Jacobson.

Se explicará a los participantes la importancia de la relajación en la salud mental y sus beneficios para manejar la ansiedad (5 min). Se pedirá a los asistentes que se tumben sobre las colchonetas, cierren los ojos y adopten la postura más cómoda posible. Es importante recordarles a lo largo del ejercicio que dejen fluir los pensamientos que les vengan, sin engancharse a ellos y concentrándose en nuestra voz.

La sesión constará de tres fases:

- 1.- Tensión-relajación de los músculos (10 min). Se irán nombrando las diferentes partes del cuerpo y se les pedirá que contraigan los grupos musculares durante unos segundos para después relajarlos uno por uno. Se comenzará por la cabeza (frente, ojos, nariz, boca, lengua, mandíbula, cuello) para ir bajando hacia los hombros, brazos y manos, abdomen, glúteos y piernas.
- 2.- Repaso mental de las partes del cuerpo que han relajado y comprobar si lo han conseguido (5 min).
- 3.- Relajación mental (10 min). Se les pedirá que piensen en un paisaje o algún lugar que les resulte agradable: disfrutando del sol que los calienta, el sonido de las olas, la brisa fresca en la piel, el tacto suave de la arena en el cuerpo...

Una vez terminada la sesión, se pondrán en común las sensaciones experimentadas, se les preguntará si han logrado relajarse, las dificultades que han encontrado...

- Cierre de la sesión (5 min): Se realizará un pequeño resumen de la jornada y se convocará a los participantes a que asistan a la próxima sesión.
- Agentes de salud: Enfermera de Atención Primaria
- Cronograma: Lunes, 20 de mayo de 2019 (10:30- 11:45)
- Lugar: Centro de Salud de San Juan
- Recursos:
 - Colchonetas
 - Ordenador
 - Cañón y pantalla

- Folletos

4ª sesión: ENVEJECER, AFRONTAR UNA NUEVA ETAPA

En esta sesión se trabajará la aceptación de los cambios más significativos de la vejez, la reinterpretación positiva de los mismos y la búsqueda de estrategias de afrontamiento.

Metodología planteada

- Presentación (5 min): Tras el saludo inicial, se realizará un breve resumen de las sesiones anteriores y se presentarán los contenidos.
- Ejercicio “¿Es la vejez tan mala?” (20 min): Se explicará que muchas veces tendemos a recordar las cosas positivas de antes (juventud) y valoramos negativamente lo que tenemos ahora (vejez). Esto produce una sensación de malestar y limita el futuro. Sin embargo, en todas las etapas de la vida ocurren acontecimientos estresantes y negativos, los cuales son parte de la vida. Se trata de equilibrar la balanza, disfrutando de los aspectos positivos y aceptando la adversidad como un desafío.

Pediremos a los participantes que rellenen la siguiente ficha en grupos de cinco personas. Después se pondrá en común y se hará hincapié en los aspectos positivos de esta etapa: más tiempo libre para realizar actividades de ocio, mayor experiencia vital y sabiduría, menos preocupaciones respecto al trabajo y a la familia,...

MATERIAL 2

| | |
|--------------------|--------------------|
| ASPECTOS +: | ASPECTOS +: |
| JUVENTUD | VEJEZ |
| ASPECTOS -: | ASPECTOS -: |

- Exposición con discusión (25 min): Durante los primeros 15 minutos, se realizará una charla expositiva sobre los cambios físicos, psicológicos y sociales más significativos de la vejez. Después se les preguntará cuáles son para ellos los cambios que mayor influencia tienen en el desarrollo de la depresión. Se recogerán las ideas y se discutirán en grupo.

- Análisis de frase (15 min): Se escribirá en la pizarra la siguiente frase: *“La clave para un envejecer feliz radica en la **serenidad** para aceptar lo que no puedo cambiar, el **valor** para cambiar lo que puedo y la **sabiduría** para distinguir lo uno de lo otro”*.

A continuación, se les preguntará qué aspectos de su vida son modificables y cuáles no. Se analizará de qué forma se pueden cambiar de forma conjunta. El objetivo de este ejercicio es realizar reflexiones de este tipo: *“la muerte de mi marido no la puedo modificar, pero sí puedo poner solución a la soledad que siento, llamando a mis amigas, apuntándome a clases de yoga, visitando a mis nietos...”*, *“no puedo cambiar la insuficiencia cardíaca que padezco, pero puedo evitar las complicaciones llevando unos hábitos de vida saludables”....*

- Cierre de la sesión (10 min): Se realizará un breve resumen de la sesión y se convocará a los participantes para la próxima sesión.

- Agentes de salud: Enfermera de AP.
- Cronograma: Lunes, 27 de mayo de 2019 (10:30 - 11:45 h)
- Lugar: Centro de Salud de San Juan
- Recursos:
 - Fichas con ejercicios
 - Pizarra
 - Papel y boli
 - Material 2

5ª sesión: EMOCIONES Y PENSAMIENTOS NEGATIVOS

El objetivo de esta sesión es comprender la influencia que tienen los pensamientos y emociones negativas en el comportamiento del individuo y ofrecer unas pautas básicas para aprender a manejarlos.

Metodología planteada

- Presentación (5 min): Tras el saludo inicial, se presentará al psicólogo y se presentará el tema que se va a tratar.
- Exposición (15 min): El psicólogo hablará sobre los tres patrones de funcionamiento de la persona: pensar, sentir y hacer. Explicará la relación entre ellos y su retroalimentación. A continuación, se centrará en las características del pensamiento negativo y el sentimiento de tristeza, los cuales son característicos de la depresión.

Se abordarán los siguientes contenidos (29):

- La manera de pensar sobre las cosas afecta a la forma en la que siente y los sentimientos repercuten en la manera de comportarse.
- PENSAMIENTO:
 - Los pensamientos son automáticos y no podemos evitar que aparezcan, pero sí que podemos intentar modificarlos, lo que mejorará nuestros sentimientos y nos hará actuar de forma más adecuada. Es importante analizar si son irracionales o realistas, ya que muchas veces nos preocupamos por problemas irreales.
 - La depresión se caracteriza por la presencia de pensamientos negativos. Estos pensamientos nos hacen sentir peor y dejamos de lado nuestras actividades cotidianas. Cuando ocurre esto, los pensamientos de reproche y culpa aumentan, creando un círculo vicioso que se va acentuando.
- EMOCIONES:
 - Las emociones son el reflejo del significado que le damos a la realidad, no responden a la realidad. Son mensajes de nuestro inconsciente, señales que nos alertan de algo. Nos ayudan a controlar nuestra vida y a buscar soluciones a los problemas que se nos plantean. Por lo tanto, son útiles.

- El sentimiento de tristeza es la emoción que se experimenta ante la pérdida. La tristeza nos avisa de que tenemos que atender algo que es muy importante, aislándonos del mundo exterior para así poder hacer frente a la pérdida.
- En ocasiones el afrontamiento inadecuado de estos sentimientos desencadena síntomas depresivos.
- Si rechazo la emoción, estoy ocultándola, lo que puede generar que se agrave el sentimiento de tristeza.

A continuación se llevarán a cabo dos ejercicios.

- Ejercicio pensamiento-emoción-conducta (15 min): Se les repartirá la siguiente tabla donde escribirán situaciones, pensamientos y conductas relacionados con emociones de tristeza, ira, angustia, miedo... que hayan sentido últimamente. Mediante este ejercicio comprenderán la cantidad de información que pueden conseguir al analizar las emociones.

MATERIAL 3

| SITUACIÓN | PENSAMIENTO | EMOCIÓN | CONDUCTA |
|---|---|----------|---|
| "Mi hijo no ha venido a verme porque tenía un compromiso" | "No me quiere, no le importo, no valora todo lo que le he dado" | TRISTEZA | "No le llamo por temor a molestarle, me quedo en casa sin hacer nada" |
| | | | |

- Análisis de frases (20 min): A continuación, se les repartirán una serie de frases que reflejen errores de pensamiento. Les pedimos que las lean en grupos de 5 personas y que unan las frases con cada tipo de error. A continuación se les preguntará qué les dirían a cada uno de ellos.

MATERIAL 4

| | | |
|--|--|---|
| Exagerar lo negativo e ignorar lo positivo | | “Mi hijo no ha conseguido trabajo porque yo no me esforcé en que siguiera estudiando”. |
| Generalizar | | “No me sale este ejercicio, soy una torpe” |
| Personalizar | | “Ahora que mi marido ya no está, nunca más podré ser feliz”. |
| Pensamiento de todo o nada | | “La vejez sólo trae problemas: enfermedades, problemas con la familia, tener menos dinero, la cercanía de la muerte...” |
| Sacar conclusiones precipitadas | | “Mi amiga no me ha llamado porque no le importo”. |

Para evitar estos errores es importante que revisen su forma de pensar y hacerse una serie de preguntas (se plantearán en voz alta):

- ¿Realmente son las cosas como yo las veo?
- ¿Existe evidencia de que eso es así?
- ¿Hay formas más positivas de valorar dichas situaciones?

Por último, se les repartirá el siguiente folleto:

MATERIAL 5

HÁBITOS DE VIDA EMOCIONAL SALUDABLE:

- *Comprometerse a mantener y mejorar tu bienestar físico, emocional y social*
- *Elaborar conclusiones de ti mismo y del entorno que te dispongan positivamente al futuro.*
- *Crear placer y disfrute de cualquier actividad diaria. Maravillarse con tu entorno.*
- *Contribuir al bienestar de los demás incluso con un grano de arena: la mayor satisfacción de las personas es ayudar a los demás.*
- *Continuar sintiendo curiosidad y deseo por descubrir cosas nuevas*

En definitiva...

 **¡HACER DE CADA DÍA UN BUEN DÍA!** 

- Preguntas y dudas (10 min): Tiempo dedicado a responder preguntas de los ancianos y a la resolución de las posibles dudas que tengan sobre el tema.
- Cierre de la sesión (5 min): Se realizará un breve resumen de la sesión y se convocará a los participantes para la próxima sesión.
- Agentes de salud: Psicólogo y enfermera de Atención Primaria
- Cronograma: Lunes, 3 de junio de 2019 (10:30-11:45)
- Lugar: Centro de Salud de San Juan
- Recursos:
 - Pizarra
 - Papel y boli
 - Cañón y pantalla
 - Ordenador
 - Pendrive
 - Fichas con ejercicios
 - Folletos
 - Materiales 3,4 y 5

6ª sesión: LAS RELACIONES Y EL OCIO

La última sesión pretende hacer énfasis en la búsqueda de apoyo social y activación conductual, lo que les ayudará a prevenir el aislamiento y mejorar el estado anímico.

Metodología planteada

- Presentación (5 min): Se saludará a los participantes y se realizará un breve resumen de las sesiones anteriores. Se presentarán los temas que se van a tratar.
- Discusión (15 min): El aislamiento social en el anciano supone uno de los mayores problemas de la sociedad actual y supone un riesgo para el desarrollo de una depresión. Se plantearán las siguientes preguntas y abrirá un pequeño debate sobre las mismas. *¿Con qué frecuencia os sentís solos? ¿Qué situaciones favorecen el aislamiento? ¿Qué podemos hacer para combatirlo?*

Se les explicará la importancia de las relaciones sociales y la realización de actividades recreativas en la tercera edad como prevención de la depresión. La búsqueda de apoyo social y emocional ha demostrado ser protectora de la salud mental (2).

- Fotopalabra (20 min): Se les repartirán unas imágenes en las que aparezcan ancianos realizando diferentes actividades recreativas y en grupos de 5 personas discutirán acerca de la importancia de las mismas, respondiendo a las siguientes preguntas.

MATERIAL 6

Con la vida necesitamos establecer diversos vínculos, lazos afectivos y no depender de uno sólo. Por ello, es importante introducir en la vida cotidiana el máximo de actividades que nos generen placer, disfrute, alegría, paz, humor...

(Imágenes de ancianos realizando gimnasia, disfrutando de sus nietos, bailando, paseando en la naturaleza, jugando a cartas, leyendo un libro...)

- ¿Con cuáles os identificáis?
- ¿Cuáles os resultan de más ayuda?
- ¿Cuáles son vuestras actividades preferidas? ¿Por qué?

- Plan de activación (10 min):

Se les repartirá una tabla para que planifiquen las actividades que vayan a realizar durante la semana. Tras la realización de la actividad, apuntarán los beneficios que han obtenido de la misma, así como las dificultades a la hora de llevarla a cabo. Por último, al final de la semana se hará una evaluación de los aspectos positivos y negativos de cada actividad y se decidirá si es pertinente continuar con la misma.

MATERIAL 7

| DÍA DE LA SEMANA | ACTIVIDAD | BENEFICIOS | DIFICULTADES | ¿REPETIRÉ? |
|------------------|-----------|------------|--------------|------------|
| LUNES | | | | |
| MARTES | | | | |
| MIÉRCOLES | | | | |
| JUEVES | | | | |
| VIERNES | | | | |
| SÁBADO | | | | |
| DOMINGO | | | | |

- Encuestas (10 min): Se les repartirán las encuestas a todos los asistentes y se pedirá que las rellenen.
- Cierre del taller y despedida (15 min): Se realizará un breve repaso de las sesiones impartidas a modo de recordatorio y se agradecerá su asistencia y participación.

Despedida.

- Agentes de salud: Enfermera de AP
- Cronograma: Lunes, 10 de junio de 2019 (10:30-11:45)
- Lugar: Centro de Salud de San Juan
- Recursos:
 - Pizarra
 - Papel y boli
 - Material 6 y 7

8.3.4. Evaluación

La evaluación de la intervención resulta fundamental para valorar la consecución de los objetivos del programa. Será realizada por los profesionales que han impartido las sesiones, así como por los participantes, una vez terminado el programa. Se emplearán dos encuestas de evaluación (una para los profesionales y otra para los asistentes), y además se ofrecerá la posibilidad de aportar alguna sugerencia en el cierre de las sesiones. De esta forma, se analizarán tres aspectos del programa: la estructura, el proceso de desarrollo del programa y por último, los resultados obtenidos a raíz de su implantación.

Por un lado, se indagará acerca de la estructura del programa, es decir, los recursos empleados para el desarrollo de los talleres. Se valorará la adecuación de los recursos materiales (papelería, folletos, sillas,...), técnicos (ordenador, pizarra, cañón...) y humanos (profesionales o expertos) al programa. Todo ello, será evaluado por los profesionales y por los asistentes que hayan participado en el programa mediante la observación.

En segundo lugar, se valorará el proceso de desarrollo, es decir, el cumplimiento de las actividades por parte de los profesionales. Mediante la encuesta a los participantes se valorará la adecuación de la metodología empleada, la comunicación de los profesionales y la valoración del conocimiento adquirido. A su vez, en la encuesta de los profesionales, se tendrán en cuenta el grado de interacción, la asistencia, la adecuación de las técnicas al grupo y a los objetivos, el cumplimiento del tiempo... En ambas se incluirá un apartado para aportar sugerencias.

Por último, se evaluarán los resultados obtenidos en relación a los objetivos planteados a corto y largo plazo, lo que reflejará la efectividad de la intervención. Dicho de otra forma, se trata de analizar el impacto que ha tenido sobre las personas en base a la adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades. A lo largo del programa, se analizarán el nivel de participación y motivación de los participantes en las actividades realizadas mediante la observación. A los tres, a los seis y a los doce meses del programa, se les citará en el Centro de Salud con la enfermera y se les pasará la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y un cuestionario que evaluará

la eficacia del programa a largo plazo. Se valorarán aspectos como la realización de actividades recreativas, la adquisición de hábitos saludables, la práctica de técnicas de relajación, la presencia de sentimientos de tristeza y soledad y la visión que tienen acerca de la vejez.

EVALUACIÓN A CORTO PLAZO (Al finalizar los talleres)

- **ENCUESTA PARA LOS ASISTENTES**

| | |
|-------------------------------------|---|
| LOS TALLERES SE HAN REALIZADO: | Puntúe del 1 al 10 cada apartado (1 si está en completo desacuerdo y 10 si está completamente de acuerdo) |
| Con los materiales suficientes | |
| En un horario adecuado | |
| Con información comprensible y útil | |
| Con tiempo suficiente | |
| Mediante actividades de interés | |

| | |
|---|---|
| LOS PROFESIONALES: | Puntúe del 1 al 10 cada apartado (1 si está en completo desacuerdo y 10 si está completamente de acuerdo) |
| Han expuesto correctamente las sesiones | |
| Han mostrado su apoyo a los participantes | |

| | |
|--|--|
| Han sabido mantener el interés del grupo | |
| Han aclarado dudas o resuelto conflictos | |

| | |
|--|--|
| ¿Qué es lo más le ha gustado y porqué? | |
| ¿Qué es lo que menos le ha gustado y porqué? | |
| ¿Qué cambiaría o qué añadiría al programa? | |

VALORACIÓN GLOBAL DEL PROYECTO (1-10): _____

● ENCUESTA PARA LOS PROFESIONALES

| | |
|--|---|
| He conseguido: | Puntúe del 1 al 10 cada apartado (1 si está en completo desacuerdo y 10 si está completamente de acuerdo) |
| Cumplir con los tiempos preestablecidos | |
| Exponer todos los contenidos | |
| Facilitar la comprensión de los participantes y aclarar dudas | |
| Involucrar a los participantes en las actividades | |
| Motivar a los participantes a que participen | |
| La metodología empleada ha sido la adecuada para conseguir los objetivos propuestos? | |
| Las técnicas se han ajustado a las características del grupo diana? | |

| | |
|---------------------------------|--|
| Aspectos positivos del programa | |
|---------------------------------|--|

| | |
|---------------------------------|--|
| Aspectos negativos del programa | |
| Consejos de mejora | |

EVALUACIÓN A LARGO PLAZO (A los 3, 6 y 12 meses)

- **ESCALA DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE (versión reducida) (30)**

| ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE ABREVIADA (Versión española): GDS-VE | | |
|---|----|-----------|
| 1. ¿ En general, está satisfecho/a con su vida? | SI | No |
| 2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones? | SI | No |
| 3. ¿ Siente que su vida está vacía? | SI | No |
| 4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a? | SI | No |
| 5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo? | SI | No |
| 6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle? | SI | No |
| 7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? | SI | No |
| 8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a? | SI | No |
| 9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas? | SI | No |
| 10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente? | SI | No |
| 11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo? | SI | No |
| 12. ¿Actualmente se siente un/a inútil? | SI | No |
| 13. ¿ Se siente lleno/a de energía? | SI | No |
| 14. ¿Se siente sin esperanza en este momento? | SI | No |
| 15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted? | SI | No |
| PUNTUACIÓN TOTAL | | |
| <i>Las respuestas que indican depresión están en negrita. Cada una de estas respuestas cuenta un punto.</i> | | |

Fuente: Martínez de la Iglesia J., Onís Vilches M^a C., Dueñas Herrero R., Albert Colomer C., Aguado Taberné C., Luque Luque R.. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. Medifam [Internet]. 2002; 12(10): 26-40.

● **CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN A LARGO PLAZO**

| | |
|---|-----------------|
| Tras el Programa de Educación para la Salud realizado el pasado mayo y junio considera que: | Puntúe del 0-10 |
| Ha mejorado sus hábitos de vida: ALIMENTACIÓN..... | _____ |
| EJERCICIO FÍSICO..... | _____ |
| ABANDONO DEL TABACO Y ALCOHOL..... | _____ |
| SUEÑO | _____ |
| Practica técnicas de RELAJACIÓN | _____ |
| Realiza ACTIVIDADES agradables | _____ |
| Mantiene las RELACIONES sociales con familia y amigos | _____ |
| Consigue manejar los PENSAMIENTOS negativos y EMOCIONES de tristeza de forma más adecuada | _____ |
| Tiene una visión más POSITIVA de la vejez | _____ |

8.3.5. Consideraciones éticas (31)

Este proyecto contempla los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia planteados por Tom Beauchamp y James Childress.

Trabajando a partir del modelo biopsicosocial, los objetivos de este proyecto van encaminados a potenciar la autogestión de la persona sobre su propia salud. Por ello, en esta propuesta de intervención cobra gran relevancia el principio de autonomía. Mediante la adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades, los ancianos serán capaces de tomar las decisiones adecuadas para mantener la salud física, psicológica y social. El mantenimiento de la autonomía y la independencia está estrechamente vinculada al bienestar general del anciano (20).

De la misma forma, el consentimiento informado es una expresión de este principio, de capital importancia en los trabajos de investigación. Los profesionales deben asegurarse de que los ancianos aceptan tomar parte en los talleres, siendo informados acerca del mismo previamente. Este consentimiento (ANEXO 6) se repartirá entre los participantes interesados en el Centro de Salud de San Juan, después de que la enfermera o el médico hayan detectado los posibles candidatos y les haya explicado en qué consiste el programa.

Además, los objetivos de este trabajo van encaminados a buscar el mayor beneficio del paciente (principio de beneficencia), involucrándolo en el proceso, ya que el actual modelo biopsicosocial trata con seres humanos autónomos con derecho a decidir sobre su propia salud. De la misma forma, se respeta el principio de no maleficencia, ya que se pretende evitar la aparición de la enfermedad mental en los ancianos.

Por último, este proyecto pretende evitar un problema sociosanitario que supone una amenaza para la sostenibilidad del Sistema Sanitario, así como para la salud de la ciudadanía. Debido a la escasez de recursos para hacer frente a un número de usuarios cada vez mayor, es fundamental priorizar y escoger las intervenciones más efectivas. Por ello, en este caso se aplica el principio de justicia, ya que valiéndose de unos recursos limitados se actúa sobre una población en riesgo de padecer esta enfermedad.

8.4. FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL PROGRAMA

Respecto a las fortalezas de este trabajo, cabe destacar que alberga una visión innovadora, ya que no existe constancia de que se hayan llevado a cabo programas de prevención de la depresión en este grupo etario en Navarra. Además, el hecho de que sea una intervención centrada en población vulnerable garantiza una mayor efectividad del programa. Por otro lado, el Gobierno de Navarra ha contemplado los programas de educación para la salud en la dotación de sus presupuestos, así como varias estrategias que potencian el envejecimiento activo y saludable. A su vez, la prevención de la depresión está reflejada entre los objetivos del Plan de Salud Mental de Navarra, por lo que esta intervención constaría de gran viabilidad.

Entre las debilidades del proyecto, la principal ha sido la escasa evidencia encontrada respecto a la prevención selectiva de la depresión en este grupo de edad. La mayoría de estudios y programas se centran en población más joven y las intervenciones de prevención indicada han resultado ser más efectivas. Además, hay que tener en cuenta la limitación para actuar sobre ciertos factores de riesgo, ya que los ancianos que presentan discapacidad física, deterioro cognitivo o los que se encuentran institucionalizados en residencias no sería posible incluirlos en este plan de educación.

Las restricciones del programa se encuentran ante la posibilidad de que no se libere de horas asistenciales al equipo de enfermería para la ejecución del mismo, o que no se disponga de personal suficiente en el Centro de Salud.

9. AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer en primer lugar a mi tutora Victoria Esther Beaumont por el apoyo que me ha prestado cuando más lo necesitaba, guiando mis pasos para que este proyecto llegara a buen puerto. Gracias también a Fernando Trébol, que me ha prestado su ayuda y amplios conocimientos desinteresadamente.

Agradecer a mi familia, pareja y amigos por enseñarme a creer en mí misma y a confiar en mis capacidades. Me siento muy afortunada de contar con ellos.

Muy especialmente dedico este trabajo a mis abuelos y a todos los ancianos con los que he tratado a lo largo de los períodos de prácticas, ya que su amor y sabiduría me inspiraron para llevar a cabo este proyecto. Gracias de corazón.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. OMS; 5 de febrero de 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/envejecimiento-y-salud>
2. Redondo Vega, MV, Ginés Llorca R (dir), Díez Sánchez M A (dir), Blázquez Arroyo JL (dir). Psicogeriatría: depresión y estilos de afrontamiento. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2012. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10366/121404>
3. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. OMS; Febrero de 2017. Disponible en: <http://apps.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/index.html>
4. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores [Internet]. OMS; 12 de diciembre de 2017. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/la-salud-mental-y-losadultos-mayores>
5. INE (Instituto Nacional de Estadística). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución en los últimos 12 meses en población adulta según sexo y grupo de edad. Encuesta Nacional de Salud. Publicada 25 de octubre de 2015 [Internet]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p420/a2014/p04/l0/&file=12001.px>
6. INE (Instituto Nacional de Estadística). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Severidad de la sintomatología depresiva según sexo y grupo de edad. Población de 15 y más años. Encuesta Europea de Salud 2014. Publicada 25 de octubre de 2015 [Internet]. Disponible en: http://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend_salud_30_indic.pdf
7. INE (Instituto Nacional de Estadística). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Tendencias de salud en 30 indicadores. Encuesta Europea de Salud 2014. Publicada 25 de octubre de 2015 [Internet]. Disponible en: http://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend_salud_30_indic.pdf
8. Servicio Navarro de Salud. Memoria de Salud Mental 2017 [Internet]. Gobierno de Navarra. Disponible en: https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Profesi

[onales/Documentacion+y+publicaciones/Memorias+de+actividad/Ano+2017/Memoria+de+Salud+Mental+2017.htm](#)

9. Alexopoulos MD G. Depression in the elderly. The Lancet [Internet]. 2005;(365):1961-1970. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673605666652?via%3Dihub>
10. Hall C, Reynolds-III C. Late-life depression in the primary care setting: Challenges, collaborative care, and prevention. Maturitas [Internet]. 2014;79(2):147-152. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378512214001959>
11. de la Puente Rodríguez E, Galindo R, de Landázuri J, Pueyo J. Alteraciones de la esfera mental: demencia y depresión en el anciano. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado [Internet]. 2018;12(62):3637-3649. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541218302014>
12. Kronfly Rubiano E, Rivilla Frias D, Ortega Abarca I, Villanueva Villanueva M, Beltrán Martínez E, Comellas Villalba M et al. Riesgo de depresión en personas de 75 años o más, valoración geriátrica integral y factores de vulnerabilidad asociados en Atención Primaria. Atención Primaria [Internet]. 2015;47(10):616-625. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714004211>
13. Almeida O. Prevention of depression in older age. Maturitas [Internet]. 2014;79(2):136-141. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378512214000917>
14. Rodríguez Pulido F, Suárez Alfonso F. El envejecimiento y la salud mental. Psiquiatría social y comunitaria. 1ª edición. Las Palmas: ICEPSS; 1997. p. 81-113.
15. Stahl ST, Albert SM, Dew MA, Lockovich MH, Reynolds CF 3rd. Coaching in healthy dietary practices in at-risk older adults: a case of indicated depression prevention. Am J Psychiatry [Internet]. 2014;171(5):499-505. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24788282#>
16. Portilla Franco M, Gregorio Gil P. Protocolo diagnóstico y terapéutico de la depresión en el anciano. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado [Internet]. 2014;11(62):3714-3719.

Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541214708339>

39

17. Herrera Tejedor J. La depresión en el anciano. Atención Primaria [Internet]. 2000;26(5):339-346. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/es-revista-atencionprimaria-27-pdf-S021265670078677X>
18. Cuijpers P, Smit F, Patel V, Dias A, Li J, Reynolds C. Prevention of depressive disorders in older adults: An overview. PsyCh Journal [Internet].. 2015;4(1):3-10. Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/pchj.86>
19. Salazar-Barajas ME, Lillo CM, Hernandez CPL, Villarreal RMA, Gallegos CE, Gómez MM, Salazar – Gonzalez BC. Factors Contributing to Active Aging in Older Adults, from the Framework of Roy’s Adaptation Model. Invest. Educ. Enferm [Internet]. 2018; 36(2):e08. Disponible en:
<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/333657/20789619>
20. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=F4AF573B4951755FBA68DF6E0645EE2D?sequence=1
21. Campos L, Lasterra M, Taberna F. Personas mayores en Pamplona. Claves para un diagnóstico social [Internet]. Pamplona: Inpactos. Enero de 2017. Disponible en:
<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2017/11/Personasmayores-en-Pamplona..-Informe-Final-1.pdf>
22. Gobierno de Navarra. El “Pacto por la persona mayor del barrio de San Juan” se presenta este jueves a los vecinos y vecinas de la zona [Internet]. 17 de abril de 2018. Disponible en:
https://www.navarra.es/home_es/Actualidad/Sala+de+prensa/Noticias/2018/04/17/Pacto+por+la+persona+mayor+en+San+Juan.htm
23. Gobierno de Navarra. Presupuesto por partidas. Presupuestos Generales de Navarra de 2019 [Internet]. Disponible en:
<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/3FE24EB9-8CE3-4BE3-9C4A-5EE05B896AE7/442583/5Partidas1.pdf>
24. Gobierno de Navarra. Memoria. Presupuestos Generales de Navarra de 2019

- [Internet]. Disponible en:
<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/3FE24EB9-8CE3-4BE3-9C4A-5EE05B896AE7/441280/2Memoria1.pdf>
25. Lasanta M J, Sobejano M I, Saenz de Pipaón I, Gorricho J. Plan de Salud de Navarra 2014-2020 [Internet]. Departamento de salud. Gobierno de Navarra. 30 de mayo de 2014. Disponible en:
http://www.gobiernoabierto.navarra.es/sites/default/files/plan_de_salud_20142020._junio_2014.pdf
 26. Pérez Jarauta MJ, Echaury Ozcoidi M, Lainez M. Etapas vulnerables. Educar en salud III. Sección de Promoción de Salud. Instituto de Salud Pública (ISP). 1997. Disponible en:
<https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/CEE32731-E43D-49C5-A858-EEDE6166369C/193890/EducarenSaludIII2.pdf>
 27. Salud Navarra. Muévete! para ganar salud información, motivación para personas mayores [Vídeo]. 2 de septiembre de 2015. Disponible en:
<https://www.youtube.com/watch?v=5a546PikJCs>
 28. FisisOnline. 10 consejos para dormir bien y mejorar el insomnio [Vídeo]. 16 de mayo de 2016. Disponible en:
<https://www.youtube.com/watch?v=w79oD9Bqak8>
 29. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía. Aprenda a controlar sus pensamientos negativos. Guías de autoayuda para la depresión. 2014. Disponible en:
https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/21_guia_pensamientos_negativos.pdf
 30. Siurana Aparisi J.C. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Veritas [internet]. 2010; nº 22: 121-157. Disponible en:
www.scielo.cl/pdf/veritas/n22/art06.pdf
 31. Martínez de la Iglesia J., Onís Vilches M^a C., Dueñas Herrero R., Albert Colomer C., Aguado Taberné C., Luque Luque R.. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. Medifam [Internet]. 2002; 12(10): 26-40. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002001000003&lng=es.0
 32. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 [Internet]. Arlington (VA): Asociación Americana de Psiquiatría; 2014. p. 104-106. Disponible en:
<http://blancopeck.net/DSM-V%20Espanol.pdf>

33. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía. Consejos para dormir mejor. Guías de autoayuda para la depresión. 2014. Disponible en:
https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2019/08_guia_consejos_dormir.pdf

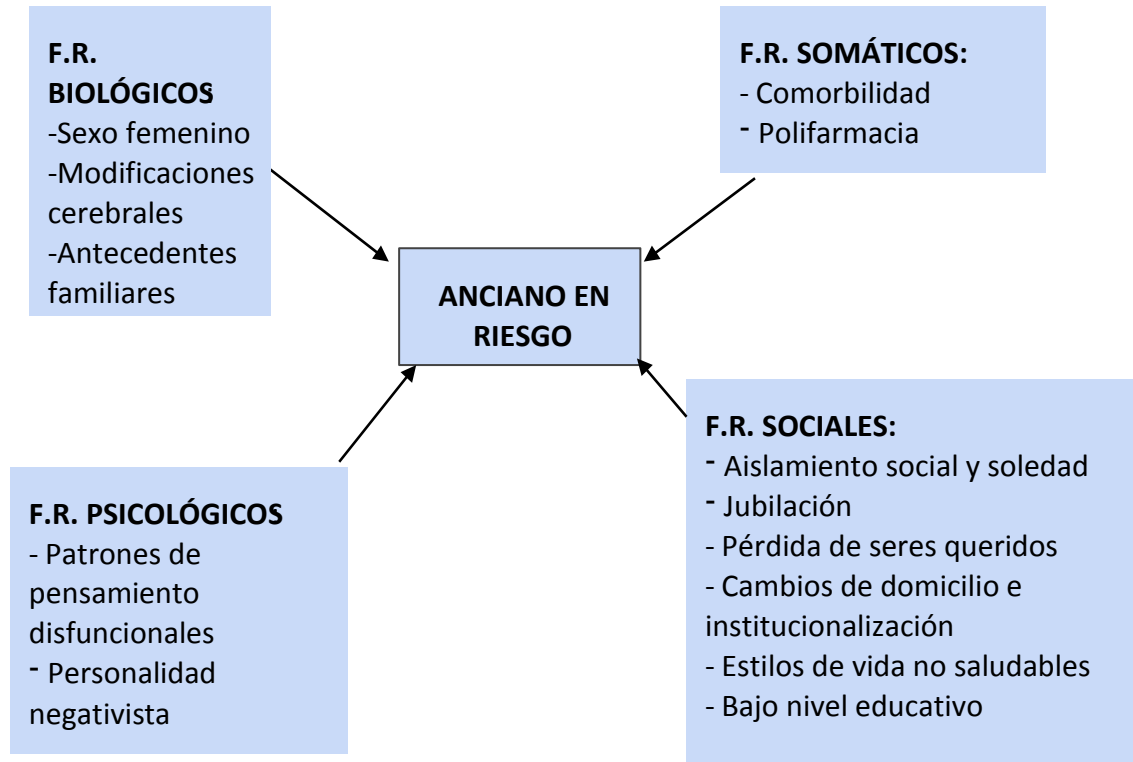
Otra bibliografía empleada para la elaboración de la propuesta de intervención:

- Pérez Jarauta MJ, Echauri Ozcoidi M, Ancizu Irure E, Chocarro San Martín J. Manual de educación para la salud [Internet]. Sección de Promoción de Salud. Instituto de Salud Pública (ISP). Gobierno de Navarra. 2006. Disponible en:
<https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/A7EBFCE1-89F0-4406-81A77786919A25F7/260756/MANUALdeeducacionparalasalud.pdf>
- Echauri Ozcoidi M, Pérez Jarauta MJ, Marín Palacios P y Múgica Martínez R. Envejecer con salud. Sección de Promoción de Salud. Instituto de Salud Pública (ISP). Gobierno de Navarra. 2015. Disponible en: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/294267BB-53E645688C88ECA117B6DFC3/351862/folletograndeENVEJECERcast2015publicado3.pdf>
- Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía. Guías de autoayuda para la depresión. 2014. Disponibles en:
http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_smental_23_12_gauto_3
- Folletos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea: “Dormir de noche”, “Controlar los pensamientos negativos”, “Manejo de las preocupaciones”.
- Talleres de manejo emocional en Centro de Salud Mental de Ermitagaña. Mes de febrero y marzo de 2019. Impartidos por Alba Larrión (Psicóloga Clínica).
- Taller de actitud positiva y motivación en la vejez en el Club de Jubilados San Salvador de la Rochapea. Octubre de 2018.
- Charla sobre “La soledad en la vejez” en Centro Cívico (Pamplona). Marzo de 2019. Impartido por la Sociedad Navarra de Geriatría y Gerontología (SNGG).

11. ANEXOS

ANEXO 1

Figura 1. Factores de riesgo de la depresión en el anciano



Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 2 (32)

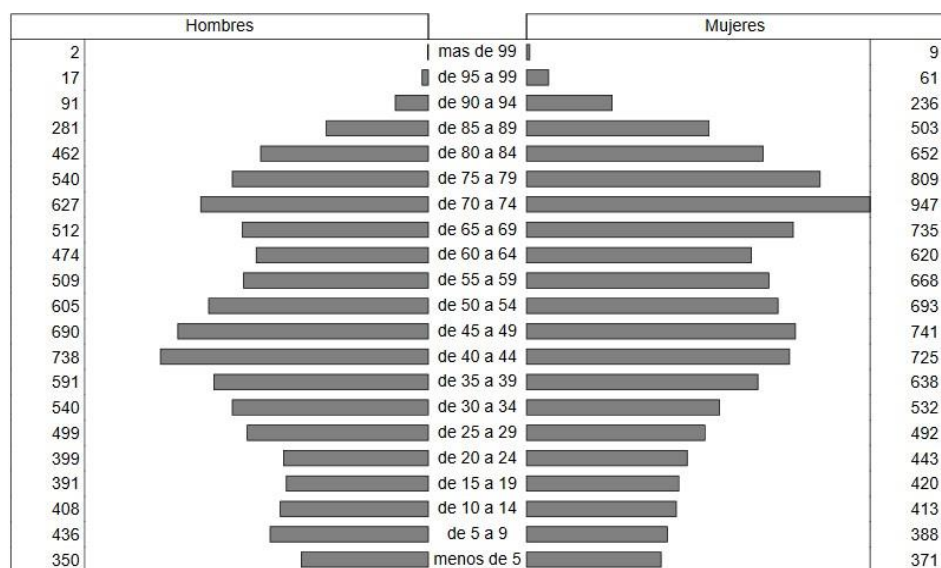
| Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según DSM-5 | |
|---|--|
| A. | <p>Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.</p> <p>(1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.</p> <p>(2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).</p> <p>(3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días.</p> <p>(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.</p> <p>(5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.</p> <p>(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.</p> <p>(7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).</p> <p>(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).</p> <p>(9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.</p> |
| B. | <p>Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> |

- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 [Internet]. Arlington (VA): Asociación Americana de Psiquiatría; 2014. p. 104-106

ANEXO 3

Figura 2. Pirámide poblacional del barrio de San Juan (Pamplona). Mayo de 2018.



Fuente: Ayuntamiento de Pamplona. Pirámides de población total. Mayo de 2018.

Disponible en: <https://www.pamplona.es/sites/default/files/2019-02/2-1-2019%20Total%20Pamplona%20y%20barrios.pdf>

ANEXO 4

Folleto sobre “Consejos para dormir bien” (28, 33)

CONSEJOS PARA DORMIR BIEN

- Dormir 7-8 horas cada noche.
- Mantener un horario regular. Despertarse y acostarse a la misma hora.
- No echar la siesta durante el día a pesar de tener sueño.
- Realizar una cena ligera. Es recomendable tomar un vaso de leche tibia o una infusión para dormir antes de acostarse.
- Evitar bebidas que contengan cafeína después de las comidas.
- Evitar el alcohol y el tabaco antes de irse a la cama.
- Realizar ejercicio físico regular, pero no cerca de la hora de acostarse (3 horas antes).
- Reservar la hora de antes de irse a la cama para leer, escuchar música, relajarse, darse un baño de agua caliente...
- Dejar las preocupaciones y problemas fuera de la cama.
- Usar la cama sólo para dormir.
- Disminuir los estímulos externos: el nivel de luminosidad y el ruido de la habitación.
- No utilizar las pantallas (televisión, móvil, tablet) antes de acostarse.
- Si no consigue dormir tras 20-30 min en la cama, levántese y realice alguna actividad relajante.

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 5: Cronograma de actuación

| | SESIÓN 1 | SESIÓN 2 | SESIÓN 3 | SESIÓN 4 | SESIÓN 5 | SESIÓN 6 |
|-------------------------|--|--|--|--|---|--|
| CONTENIDO | Información sobre la depresión en la vejez | Hábitos de vida saludables | Higiene del sueño y relajación | Afrontamiento de los cambios de la vejez | Manejo de pensamientos y emociones | Tiempo libre y relaciones sociales |
| METODOLOGÍA | Presentación 10' Tormenta de ideas 10' Exposición con diapositivas 20' Caso 20' Preguntas y dudas 10' Cierre y despedida 5' | Presentación 10' Lección participada 40' Vídeo 10' Preguntas y dudas 10' Cierre y despedida 5' | Presentación 10' Vídeo con discusión 20' Demostración con entrenamiento 40' Preguntas y dudas 5' Cierre y despedida 5' | Presentación 5' Ejercicio 20' Exposición con discusión 25' Análisis de frase 15' Preguntas y dudas 5' Cierre y despedida 5' | Presentación 5' Exposición 20' Ejercicios 30' Preguntas y dudas 10' Cierre y despedida 5' | Presentación 5' Discusión 15' Fotopalabra 20' Plan de activación 10' Encuestas 10' Cierre y despedida 15' |
| AGENTES DE SALUD | Enfermera de SM Enfermera de AP | Dietista Preparador físico Enfermera de AP | Enfermera de AP | Enfermera de AP | Psicólogo Enfermera de AP | Enfermera de AP |
| CRONOGRAMA | Lunes, 6 de mayo 10:30-11:45 | Lunes, 13 de mayo 10:30-11:45 | Lunes, 20 de mayo 10:30-11:45 | Lunes, 27 de mayo 10:30-11:45 | Lunes, 3 de junio 10:30-11:45 | Lunes, 10 de junio 10:30-11:45 |
| LUGAR | Centro de Salud San Juan (Pamplona) | Centro de Salud San Juan (Pamplona) | Centro de Salud San Juan (Pamplona) | Centro de Salud San Juan (Pamplona) | Centro de Salud San Juan (Pamplona) | Centro de Salud San Juan (Pamplona) |
| RECURSOS | Ordenador Cañón y pantalla Pendrive Pizarra Papel y boli para todos | Ordenador Cañón y pantalla Pendrive Pizarra Papel y boli | Ordenador Cañón y pantalla Colchonetas Folletos | Fichas con ejercicios Pizarra Papel y boli | Ordenador Cañón y pantalla Pendrive Pizarra Fichas y folleto | Papel y boli Pizarra Fichas |

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 6

Consentimiento informado para participar en el taller de “La prevención de la depresión en la vejez”

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL TALLER DE LA
PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN LA VEJEZ:

Centro de Salud San Juan, a... de..... de 2019

Yo, _____, con DNI _____, TRAS
HABER SIDO INFORMADO CON CLARIDAD, ACEPTO EXPRESAMENTE PARTICIPAR EN
LOS TALLERES DE PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN ANCIANOS Y LA UTILIZACIÓN
DE LAS CONCLUSIONES RECOGIDAS EN EL MISMO CON FINES CIENTÍFICOS Y VÁLIDAS
PARA FUTUROS PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN.

FIRMA DEL ASISTENTE:

Fuente: Elaboración propia.